

志賀町長 様

申請者 住所

氏名

印

(口座名義人と同一)

助成金交付申請書

不育治療費助成金の交付を受けたいので、志賀町不育治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 氏名 (生年月日)	年 月 日生 (歳)		
		個人番号(12桁)		
	住所	〒 - Tel () -		
配偶者	フリガナ 氏名 (生年月日)	年 月 日生 (歳)		
		個人番号(12桁)		
	住所 (※1)	〒 - Tel () -		
交付申請額(※2)		金 円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人<カナ> (申請者と同一)	漢字使用不可。カタカナ及び英数字のみで記載してください。		

- ※1 夫婦の住所が異なる場合に記入する。
(住所が異なる場合などは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)
- ※2 保険外診療分に限る。千円未満は切り捨てとし、上限30万円とする。

[添付書類]

- 1 不育治療に要した経費の領収書
- 2 不育治療医療機関受診等証明書(様式第2号)
- 3 健康保険証の写し
- 4 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書(別紙)
- 5 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
- 6 申請者及び配偶者の住民票
- 7 その他町長が必要と認める書類

上記5、6については、不要の場合もあります。