様式第1号(第４条関係)

奈義町不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

　奈義町長　　様

　　　　　年度において不育治療費助成金の交付を受けたいので、奈義町不育治療費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

　なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を不育治療費助成金交付事務担当者が閲覧することを承諾します。

　また、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請者（妻） | (ふりがな) | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住所 | 　 | 電話番号 |  |
| 配偶者（夫） | (ふりがな) | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住所 | 　 | 電話番号 |  |
| 住民登録年月日 | 申請者　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 配偶者　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 婚姻年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 助成金振込先  | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　支店農業協同組合　　　　　　　　支所 |
| 口座番号 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| (ふりがな) |  |
| 口座名義人 |  |
|

添付書類

　(1)　専門医療機関証明書

　(2)　不育治療実施医療機関証明書

　(3)　不育治療を行った医療機関発行の領収書