

滑川町早期不妊治療費助成事業助成金交付申請書

（宛先）滑川町長

年 月 日

次のとおり、標記助成事業における助成交付を申請します。

また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳等の公簿による確認や納税等の状況、他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名	印			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
妻	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名	印			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
不妊治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
申請額	円				
(宛先) 滑川町長					
申請日： 年 月 日					
申請者氏名 _____ 印 (夫又は妻が記名押印)					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通	フリガナ	(夫または妻の名義の口座を記入)	
		当座	口座名義人		
口座番号					(口座番号は右詰記入)

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号			
添付書類	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 不妊治療費の領収書（原本） <input type="checkbox"/> その他				
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 過去の助成の有無（町・他自治体） <input type="checkbox"/> 県初回助成				
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	交付確定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日	