

様式第1号 (第5条関係)

川島町不育症治療費助成金申請書兼請求書

年 月 日

川島町長 あて

川島町不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定により、川島町不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請及び請求します。なお、当該申請の審査に当たって行う住民基本台帳の確認及び町税の納付状況に係る調査について承諾します。

夫	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	*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					
	住所	〒				
	電話番号	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
不育症治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
治療費		円	申請額		(千円未満切り捨て) 円	
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	ふりがな			
		当座	口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)		
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※添付書類

- ①指定医療機関又は助成対象医療機関が発行する領収書の原本
- ②川島町不育症治療実施証明書 (様式第2号)
- ③法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- ④住所を確認できる書類
- ⑤夫婦の納税に関する証明書
- ⑥助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号がわかるものの写し

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	助成対象額 円	支給決定額 円	交付・不交付年月日 年 月 日

