

様式第1号（第6条関係）

川島町早期不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

川島町長あて

年 月 日

川島町早期不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、川島町早期不妊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					
	現住所	〒				
	電話番号	*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 (千円未満切り捨て)					
川島町長あて 申請日 年 月 日 申請者氏名 _____ (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 当座	ふりがな			
			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

②埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し

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不妊治療費の領収書 (原本)

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