

様式第1号（第5条関係）

福崎町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

福崎町長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

この申請に係る審査のために、町が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 戸籍、住民票等の確認をすること。
- (2) 町税等町の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。

申請者	夫	フリガナ 氏名	-----			年	月	日生		
								(歳)	
	妻	フリガナ 氏名	-----			年	月	日生		
								(歳)	
	住所 (※1)	福崎町			TEL					
	住所 (※2)	福崎町			TEL					
申請金額		円 ※上限 50,000 円								
振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協				本・支店 本・支所 出張所		預金 種別	普通 当座	
	口座番号 (右詰記入)	-----	-----	-----	-----	(フリガナ) 口座名義	-----			
申請受理日	年 月 日			決定年月日 承認・不承認	年 月 日					

- 注1) 太枠の中をご記入ください。
- 注2) 夫婦両方の記名が必要です。
- 注3) (※1) 夫婦の住所を記入してください。夫婦の住所が異なる場合は住所(※2)に記入してください。
- 注4) 振込口座の名義人については、申請者のうちどちらかの個人名義を記入してください。
(添付書類) (1)福崎町一般不妊治療受診等証明書(様式第2号)
(2)本人負担額を確認することができる領収書
(3)夫婦両方の健康保険証の写し
(4)事実婚の場合は、その旨の申出書