

様式第1号（第5条関係）

入善町不育症治療費助成交付申請書

年 月 日

（あて先）入善町長

申請者 千

住 所 入善町

（口座名義人と同一）氏 名

印

電話番号

日中の連絡先（携帯）

入善町不育症治療費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者		氏 名	生 年 月 日	
	夫		昭和・平成	年 月 日
	妻		昭和・平成	年 月 日
住 所	（単身赴任等で夫が異なる場所に住所を有する場合に記入） 千			
当該年度においてこの不育症治療費の助成金を受けたことがありますか なし ・ あり	[あり]の場合、当該年度に助成を受けた地方公共団体等名を記入			
振込先口座 金融機関	金 融 機 関 名		支 店 名	
	銀行・信金・農協		本店・支店・出張所	
	貯金種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
	普通・当座		フリガナ	
			氏 名	

注意：訂正箇所には、全て訂正印（申請者欄に押印した印鑑）を押印してください。

私たちは、入善町不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、入善町長が住民基本台帳及び町税に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。

氏 名 夫

印

妻

印

（申請者欄と同じ印鑑で押印してください。）

(様式1号裏面)

入善町処理欄

加 入	夫	町国保・その他保険	<申請受付日>
医療保険	妻	町国保・その他保険	
書類確認欄	<input type="checkbox"/> 住基確認 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合) <input type="checkbox"/> 不育症治療に係る証明書(様式第2号)		
単身赴任者 等確認欄	<input type="checkbox"/> 本籍地(入善町・入善町以外) ← 本籍地が入善町以外の場合は、戸籍謄本が必要		
事実婚関係 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書		
経費所要額	金	円(保険適用内)	金 円(保険適用外)
町交付決定金額	金	円	
他の助成の有無	無 ・ 有 ()		

