

川俣町不育症治療費助成申請書

年 月 日

川俣町長 様

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日					
夫		年 月 日 (歳)					
妻		年 月 日 (歳)					
住 所	〒 連絡先 (自宅) (携帯)						
住所 (* 1)	〒 連絡先 (自宅) (携帯)						
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
同意書	不育症治療費の助成申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。 氏 名 (夫) _____ (妻) _____ (夫及び妻が自署)						
助成申請額	A 治療費支払額		円		助成金額 (※町で記載)		
	B 福島県不育症治療費助成金額		円		円		
	C 助成対象金額 (A - B)		円				
振込先	金融機関名		銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所
	預 金 種 別		普通・当座		(ふりがな) 口座名義人		
	口 座 番 号						
申請受理月日					(承認・不承認) 決 定 月 日		
					受給者番号		

注) 太枠の中を記入してください

* 1 : 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

- (添付書類)
- 1 福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書 (写し)
 - 2 福島県不育症治療費助成受診等証明書 (写し)
 - 3 法律上婚姻関係にあることが証明できる書類 (戸籍謄本等)
 - 4 住所が確認できる書類 (住民票等)
 - 5 町税の滞納がないことが確認できる書類 (納税証明書又は非課税証明書等)