

利根町長 殿

申請者 氏名 _____ 印
 住所 利根町
 電話番号 _____

利根町不妊治療費助成事業補助金交付申請書兼請求書

利根町不妊治療費補助金交付要綱第 5 条の規定により、不妊治療費補助金を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

- 1 補助金交付申請額 _____ 円
- 2 治療の経費 _____ 円
 (県補助金及びその他特定不妊治療費に対して給付された額を控除した額)
- 3 治療の期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 4 夫婦氏名等

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日			住民となった年月日		
夫	印	年	月	日 (歳)	年	月	日
妻	印	年	月	日 (歳)	年	月	日
婚姻年月日		年 月 日					
振込先金融機関		銀行 金庫 組合			店 支店 出張所		
口座番号	普通・当座						
フリガナ							
口座名義人							
この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、利根町備付けの戸籍、住民基本台帳及び町税等の納付状況について、公簿を照会することに同意します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</div>							

添付書類

- (1) 茨城県不妊治療費補助金交付決定及び額の確定通知書 (写し)
- (2) 特定不妊治療に要した費用がわかる医療機関発行の領収書 (写し)

※以下、町事務処理欄

住民となった日	夫	年	月	日	妻	年	月	日
公簿	<input type="checkbox"/> 住民異動システム (住基情報) 年 月 日 確認 印			納税	<input type="checkbox"/> 町税等滞納(有・無) 年 月 日 確認 印			