

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

利根町長 様

申請者 氏名
住所 利根町
電話番号

利根町不育症治療費助成事業補助金交付申請書兼請求書

利根町不育症治療費補助金交付要綱第6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。

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		年	月	日(歳)	年 月 日
妻		年	月	日(歳)	年 月 日
婚姻年月日		年 月 日			
申請額					
これまでの助成の有無		なし ・ あり (年 月)			
振込先金融機関	銀行 店 金庫 支店 組合 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		夫 氏名		印	
		妻 氏名		印	

※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 ()		納税	<input type="checkbox"/> 町税等滞納(有・無) 年 月 日 確認 ()