

白川町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

白川町長 様

申請者（白川町在住の方）

住 所

氏 名

年 月 日生

電 話

配偶者

氏 名

年 月 日生

住 所（申請者と住所が異なる場合のみ記入）

電 話

一般不妊治療費の助成を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

この申請にあたり、住所、納税状況、治療状況、同趣旨の助成の受給状況の照会等の調査を町長が職権により行うこと、また必要時に他自治体等からの照会に回答することについて同意します。

記

1年度あたりの治療費		円	申請額	円	
		※治療費の1/2、上限5万円			
今回の申請と重複する助成金受給の有無		無 ・ 有 ()			
の 助 成 実 績	助成金の受給 有・無	※「有」の場合助成を受けた自治体、時期、助成額	自治体	時期	助成額
				年 月～ 月分	円
				年 月～ 月分	円
振込先口座	金融機関	銀行 金庫 農協	預金種別	普通 ・ 当座	
			口座番号		
	本支店名	支店 支所 出張所	フリガナ		
			口座名義		
ゆうちょ銀行	記号		番号		

【添付書類】 白川町一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書、健康保険証の写し、その他 ()

【備考】 1年度とは、3月から翌年2月までをいいます。