

様式第1号（第4条関係）

不育治療支援事業助成金支給申請書

年 月 日

和気町長

殿

下記のとおり不育治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・町民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名	印			
	住 所			電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所			電話番号	
婚姻年月日		年 月 日			
不育治療対象児		第 子			
医療機関	住 所				
	名 称				
申請金額等		金 円 第 回目			
補助金振込先	金融機関名			銀行・金庫 農協・組合	店 出張所
	口座番号	普通・当座			
	ふりがな				
	口座名義人				

町記入欄

受 理 年 月 日	年 月 日				
決 定 年 月 日	年 月 日			承認 ・ 不承認	
受 給 者 番 号					