

池田町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

池田町長

様

申請者 (夫又は妻が自署)

住 所

氏 名

印

電話番号

池田町不育症治療費助成要綱第5条の規定により、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。

- ・町が個人情報（住民情報、町税等の納入状況）の内容を確認すること、必要に応じて他の市区町村へ助成の状況を確認することについて同意します。
- ・本申請に係る治療に対し、他の市区町村からの助成を受けていません。

記

(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)

交付申請額	円	
過去の助成歴	不育症治療費の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> 受けたことはない <input type="checkbox"/> 受けたことがある：(助成を申請した年月/受けた市町村)を記載してください。 ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / ) ( 年 月 / )	
振込先	金融機関名	預金種別
	銀行 本店 金庫 支店 農協 本所・支所	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
	口座番号	(ふ り が な) 口座名義人
添付書類	①北海道不育症治療費助成事業申請書(写)及び添付書類(写) ②北海道不育症治療費助成事業の支給決定に係る通知(写) ③その他( )	
備考		