

様式第1号(第6条関係)

不育症治療費助成申請書

令和 年 月 日

北広島町長 様

申請者氏名 _____ (印)

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

		(ふりがな) 氏名	生年月日
助成対象者	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話 ()
	住所(※1)	〒	電話 ()
助成申請額		円	
今回の治療期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
過去に自治体から受けた不育症治療費の助成(本町での助成を含む)		<input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある。 ・助成を受けた自治体 都・道・府・県 市・町・村 ・助成を受けた金額 円 ・助成を受けた時期 年 月	
北広島町不育症治療費助成事業実施要綱第3条の規定により、納税等の状況について照会されることを承諾します。 <p style="text-align: center;">(氏名) _____ (印)</p>			
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注 太枠の中を記入してください。

(※1) 申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。