

熊野町不育症治療費等助成申請書

年 月 日

熊野町長様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査費・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					
申請者氏名	()	昭和 平成	年	月	日	()	歳
配偶者氏名	()	昭和 平成	年	月	日	()	歳
申請者住所	〒731-42 安芸郡熊野町						電話 ()
助成申請額	_____ 円						
不育症治療費等に係る他の地方公共団体等の助成(申請予定がある場合を含む。)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 他の地方自治体)						
振込先(※)	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 店 所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(右詰記入)
申請受理年月日		(決定・不承認) 決定年月日					

太枠の中を記入してください。

※振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

税の滞納状況税の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。

なお、必要な場合は医療機関へ照会することに同意します。

申請者氏名 _____