

一般不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

大紀町長 宛

大紀町一般不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (生 歳)
	住所 電話番号	〒 自宅 () 携帯 ()		
妻	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (生 歳)
	住所 電話番号	〒 自宅 () 携帯 ()		
過去の一般不妊治療費助成受給の状況（※該当する番号に○を記入・夫婦双方について記入） 過去の一般不妊治療費助成受給の有無 1. 無 2. 有 (2. 有 に○を記入した方のみ次のことにご回答ください。) 今回の申請 今年度____回目 通算____回目				
交付を受けようとする 助成金の申請額		円	※助成金交 付決定額	

振込先

振込口座 (申請者と 同一)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号			

同意書

<ul style="list-style-type: none"> 住所等の必要事項を調査することを承諾します。 過去の一般不妊治療費の受給状況について、大紀町が必要に応じて他の自治体へ照会すること及び大紀町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することを同意します。 この申請書の記載事項に相違ありません。 	夫 氏名 _____ 印
	妻 氏名 _____ 印

※太枠の中をご記入ください。