

美瑛町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

美瑛町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

対 象 者	夫氏名	(フリガナ)	夫の生年月日		
			年 月 日生 (歳)		
	妻氏名	(フリガナ)	妻の生年月日		
			年 月 日生 (歳)		
	住 所	〒 美瑛町 電話 ()			
	加入医療保険 (夫)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者			
	加入医療保険 (妻)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者			
過去の助成状況		時 期	助成の機関名 (自治体名等)	年 月	年 月
無・有 (回)		年 月		年 月	年 月
		年 月		年 月	年 月
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 農協		本店 支店	預金種別
	口 座 番 号	(フリガナ) 口座名義人		()	
申 請 額		金 円		※振込先口座名義と申請者は同一の者	
同 意 書					
◆私たちは、上記のとおり美瑛町不妊治療費助成金の交付を申請します。また、交付要件の確認のため、美瑛町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。					
年 月 日					
氏名(※自署) 夫 _____ 妻 _____					

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座としてください。

◎裏面には、「申請に必要なもの」の記載がありますので、必ずお読みください。

※美瑛町記入欄

処 理 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	受給者番号		決 定 額	
	課長	参事	補佐	係長