

上ノ国町先進医療不妊治療費助成金申請書

申請者 住 所 上ノ国町字 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

上ノ国町先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、治療費の助成を受けたいため下記のとおり申請します。なお、申請にあたり上ノ国町町税の滞納に対する制限措置に関する条例第11条の規定により、私の世帯全員の町税の滞納状況を確認することに同意いたします。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫	( )	
妻	( )	
申請金額 金 _____ 円 添付の書類 *上ノ国町先進医療不妊治療医療機関受診等証明書 *先進医療不妊治療に要した費用の領収書及び明細書の写し 年 月 日 上ノ国町長 _____ 様		
振込先金融機関	口座番号	(ふりがな) 口座名義
金庫 銀行 支店	普通 当座	

※決定欄(記入不要)

課長		課長補佐		参事等		確認者		
決定年月日			年 月 日					
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるため次のとおり助成金を決定する。								
		助成決定額						円
2 次の理由により上記申請を却下する。								
		却下理由						