

上ノ国町不妊治療等に係る通院交通費助成申請書

年 月 日

申請者 住 所 上ノ国町字

氏 名 印

電話番号

上ノ国町不妊治療等に係る通院交通費助成事業実施要綱第7条の規定により、交通費等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。

申請者記載欄	住 所	檜山郡上ノ国町字			
	フリガナ				
	治療者名				
	生年月日・年齢	年	月	日( 歳)	年 月 日( 歳)
	病院名				
	利用する交通機関	航空機 ( ) 空港から ( ) 空港まで 鉄 道 ( ) 駅から ( ) 駅まで ※その他の行程については、「交通手段情報等聞き取り欄」参照。 自家用車 自宅 から ( ) まで その他( ) 自宅から ( ) まで			
	宿 泊	宿泊 ( ) 泊			

受取方法	口座振替				
	銀行			支店	
	金庫				
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		フリガナ	
				名 義	

※公共交通機関を利用した場合及び宿泊した場合には領収書の添付をしてください。

また、自家用自動車を使用した場合は、受診日に医療機関が発行する領収書の添付をしてください。

※決定欄(記入不要)

課長		課長補佐等		主査等		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。						
自己負担額		円		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						

