

上ノ国町不妊治療費等助成金申請書

年 月 日

申請者 住 所 上ノ国町字

氏 名 印

電話番号

上ノ国町不妊治療費等助成事業実施要綱第5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。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生(歳)
妻	()	年 月 日生(歳)
申請金額 金 円		
添付の書類 * 不妊治療等に要した費用の領収書及び明細書の写し * 北海道知事からの不妊治療費助成決定通知書(指令書)の写し * 北海道知事に申請する際に添付する不妊治療費助成事業受診等証明書の写し		
年 月 日		
上ノ国町長 様		
振込先金融機関	口座番号	口座名義
金庫 銀行 支店	普通 当座	(ふりがな)

※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						