

年 月 日

白鷹町長

殿

白鷹町一般不妊治療費等助成金給付申請書

白鷹町一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者		住 所								
		氏 名								
夫	ふりがな 氏名	電 話								
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)								
妻	ふりがな 氏名	電 話								
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)								
住所		白鷹町大字								
住所※1										
検査及び治療費用		円								
今年度助成の有無		無 ・ 有 ( 円 )								
申 請 金 額			円							
助 成 金 振 込 先										
金融機関名		預金種目	口座名義人				口座番号			
銀行 金庫 組合	店	1. 普通 2. 当座	(フリガナ)							

注) 1 ※1 夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。  
2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座をご記入ください。

(添付書類)

- 1 領収書の写し (院外処方が有の場合)
- 2 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)