

別記様式第1号（第5条関係）

新ひだか町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

新ひだか町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

次のとおり、関係書類を添えて特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	( )	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
夫の住所	〒 電話番号	
妻の住所	〒 電話番号	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→過去 ( 回)		
他の自治体（北海道・市町村）より助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→自治体名 ( )		
<b>同 意 書</b>		
年 月 日		
新ひだか町が、申請事項確認のため住民基本台帳及び町税等納税状況について、公簿等を閲覧し調査することに同意し、申請します。		
申請金額 金 円		
新ひだか町長 様		
一切の権限代表者の振込先金融機関名称、口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 農協 本所・支所	普通・当座	ふりがな ( )

※町記載欄

起案年月日	年 月 日	添付書類確認欄	受 領 印
決定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受診等証明書 (写)	
通知年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 住民票及び戸籍の謄本	
決定金額	年 月 日	<input type="checkbox"/> 領収書 (写)	
受給者番号		<input type="checkbox"/> 道等助成決定通知書 (写) <input type="checkbox"/> 振込口座の預金通帳 (写)	