

年 月 日

川南町長 様

(申請者)

住所

氏名

電話番号

印

川南町不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

川南町不妊検査費助成金給付要綱第5条の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり不妊検査費の助成を申請します。なお、審査の結果、交付決定を受けたときは、以下の金額を請求します。

記

区 分	夫				妻			
フリ ガナ 氏 名								
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)				年 月 日 (歳)			
住 所 電話番号	〒				〒 <input type="checkbox"/> 夫と同じ			
申 立 欄	今回の助成申請に係る不妊検査費用に対し、他の市町村からの助成を受けて (いない ・ いる) ※予定を含む。							
給付を受けようとする助成金の額					円			
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	預 金 種 別	普通	(ふりがな)		()			
		当座	口座名義人 (申請者と同一)					
口 座 番 号							(左詰め)	

添付書類

- 1 川南町不妊検査費助成金受診等証明書
- 2 医療機関発行の領収書の写し
- 3 同意書
- 4 その他町長が必要と認める書類

太枠内には記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日	(承認 ・ 不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			
給 付 決 定 額		円	
算 定 額	検査費用 (A)	円	
	(A) と 3 万円のうちいずれか少ない額	円	
審 査	他の市町村からの助成の重複	なし ・ あり	
	町税 完納 ・ 未納 ()		
	その他 ()		