

早期不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため町が保有する住民基本台帳の公簿による確認や他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな						生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏名	印						
		現住所	〒						
		電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入						
	妻	ふりがな						生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏名	印						
		現住所	〒						
		電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入						
不妊治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
申請額	円 (千円未満切り捨て)								
添付資料									
<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 滞納がない証明書 <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 口座を証明できるもの									
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 (支所) 出張所	
	預金の種類	普通	ふりがな	(夫または妻の名義の口座を記入)					
		当座	口座名義人						
口座番号							(口座番号は右詰記入)		

※太枠内を御記入ください。

担当課記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号						
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 県初回助成					
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日				
		円	円	年 月 日				

