

天栄村不育症治療費助成申請書

年 月 日

天栄村長

関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。

		氏 名 (ふりがな) 生年月日	住所 (夫婦の住所が異なる場合はそれぞれ記入) 連絡先		
申請者	(夫)	年 月 日 (印 歳)	〒 連絡先 (自宅) (携帯)		
	(妻)	年 月 日 (印 歳)	〒 連絡先 (自宅) (携帯)		
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
①支払額		円			
②県助成金額		円			
村助成申請金額 (①-②)		円	交付決定額 (※村で記入)	円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				

(添付書類)

- 1 福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書の写し
 - 2 福島県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
 - 3 法律上の婚姻関係にあることが証明できる書類
 - 4 住所が確認できる書類
 - 5 村税等の滞納が無いことを確認できる書類
- ※3～5は下欄の同意により添付書類を省略可能

同意欄	不育症治療費の助成申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。				
	申請者名	印	配偶者名	印	

申請受理月日	(承認・不承認) 決定月日				
	受給者番号				