

美里町不妊治療費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

美里町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、美里町不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により申請及び請求します。

なお、町が申請内容の審査につき、住民基本台帳等の公簿による確認をすることに同意します。

また、美里町に継続して居住することを宣誓します。

申請者	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日
	氏 名					
	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				
申請者の配偶者	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日
	氏 名					
	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				
交付申請額		助成対象経費： 円×7/10 = 円（1,000円未満切捨て）				
振 込 先	金融機関名	(申請者名義の口座を記入) 銀 行 本店 ・ 支店 信用金庫 信用組合 農 協				
	預金の種類	普通	フリガナ			
		当座	口座名義人			
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を記入ください。

添付書類

- 美里町不妊治療費助成事業に係る実施証明書（様式第2号）
- 助成対象経費に係る領収書の原本
- 助成金の振込みを希望する金融機関の口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し
- その他町長が必要と認める書類

記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号				
過去の助成確認	<input type="checkbox"/> なし	年度	年度	年度	年度	
	<input type="checkbox"/> あり	※申請年度の支給済助成金額：			円	
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額		承認・不承認年月日	
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円		年 月 日	