不妊治療費助成金交付申請書及び請求書

年 　月　 日

南 木 曽 町 長　様

申 請 者

住 所

氏 名　　　　　　　　㊞

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等助成金の交付申請をします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 |  | （自署又は記名押印） | | 生 年 月 日 | |
| 夫 |  | | 年　月　日（　　歳） | |
| 妻 |  | | 年　月　日（　　歳） | |
| 不妊治療等を行った期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 医療機関名 | | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 申 　請　 額 | | 金　　　　　　　　　　円 | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか。  　　　　ない・ある　→　過去（　　　）回受けた。　（　　　）年頃  　　　　　　　　　　　　助成金を受けた自治体は（南木曽町・その他：　　　　　　　） | | | | |

※添付書類：不妊治療受診証明書、領収書

振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支　店　名 | 種　別 |
|  | 支店 | 普通・当座 |
| 口 座 番 号 | 口 座 名 義 | |
|  | ： | |

※請求者と同一の口座名義であること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | 決定年月日(適・否) | |  | | |
| 給付決定額 |  | | 課長 | | 係長 | 担当 |
|  | |  |  |