

様式第 1 号(第 6 条関係)

矢掛町不育治療助成事業補助金交付申請書

年 月 日

矢掛町長

殿

下記のとおり、不育治療の助成を受けたいので、矢掛町補助金等交付規則第 5 条に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・町民税課税台帳等により確認されることを承諾します。また、申請内容に虚偽があった場合には、助成金を返還します。

申 請 金 額		円（ただし、30 万円を限度とします。）								
申 請 者	ふりがな				生年月日	年 月 日				
	氏 名	㊞								
	住 所	〒			電話番号					
配 偶 者	ふりがな				生年月日	年 月 日				
	氏 名									
	住 所	〒			電話番号					
婚 姻 年 月 日		年 月 日								
治 療 の 状 況		別添 矢掛町不育治療助成事業受診証明書のとおり								
振 込 先	銀 行	本 店		種 目	口 座 番 号					
	農 協	支 店			普通 当座					
	信用組合	支 所								
	信用金庫	出張所								
	ふ り が な									
	口座名義人									

- 添付書類 1 矢掛町不育治療助成事業受診証明書（医療機関が発行したもの）
 2 矢掛町に 1 年以上居住する法律上の夫婦であることを証明する書類
 3 医療機関の発行する領収書
 4 その他町長が必要とする書類（ ）

※町記入欄	受理年月日	年 月 日		
	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	
	決定金額	円		