

様式第1号(第6条関係)

長瀬町早期不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

長瀬町長 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長瀬町が保有する住民基本台帳を閲覧すること、町税の滞納の有無について確認すること、並びに他自治体等に照会することに同意します。

夫	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 ( )歳
	氏名						
	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						
	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)					
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所					
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)			
	口座番号	(口座番号は右詰記入)					

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

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