

様式第1号（第5条関係）

御船町一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

御船町長 様

(申請者)  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

御船町一般不妊治療費助成金の交付について、御船町一般不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請額	円			
夫	(ふりがな) 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	加入医療保険	種別	市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( )	
		保険者番号		区分
妻	(ふりがな) 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	加入医療保険	種別	市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( )	
		保険者番号		区分
過去の状況		過去にこの助成を受けたことがありますか? ある ・ ない ある場合は、回数 ( 回)、( 年 月頃)		
振込先	銀行・信用金庫・ 農協の場合	銀行・金庫・農協 本店・支店・支所		
		預金種別	普通・当座	口座番号
	ゆうちょ銀行	記 号	番 号	
	(ふりがな) 口座名義人			

本申請について、下記のことにご同意します。

- 1 本町の住民基本台帳及び町税収納状況を確認すること
- 2 必要に応じて医療機関に領収書の内容を確認すること
- 3 以前在住していた市町村及び都道府県での助成の有無の確認を行うこと

申請者 \_\_\_\_\_