

様式第1号（第5条関係）

福崎町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

福崎町長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

この申請に係る審査のために、町が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 戸籍、住民票等の確認をすること。
- (2) 町税等町の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。

申請者 (※1)	夫	フリガナ 氏名	-----	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
	妻	フリガナ 氏名	-----	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
	住所	福崎町		TEL		
	住所	福崎町		TEL		
申請金額		円				
振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協		本・支店 本・支所 出張所	預金 種別	普通 当座
	口座番号 (右詰記入)	-----	(フリガナ) 口座名義 (※2)	-----		
決定年月日	年 月 日		助成決定額	円		

注) 太枠の中をご記入ください。

※1) 夫婦の住所が異なる場合は、両者の住所を記入してください。(夫婦の住所が異なる場合とは、福崎町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。) また、住所が異なる場合や事実婚の場合は、別途、戸籍抄本等の書類が必要になります。詳しくはお問い合わせください。

※2) 振込口座の名義人については、申請者のうちどちらかの個人名義を記入してください。

- (添付書類)
- (1) 福崎町一般不妊治療受診等証明書 (様式第2号)
  - (2) 様式2に薬局分を合わせて証明していない場合、福崎町一般不妊治療受診等証明書 (薬局用) (様式第3号)
  - (3) 事実婚の場合は、その旨の申出書