

様式第1号（第7条関係）

不育症治療費助成申請書

関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日					
夫	()	年	月	日生	()	歳	
妻	()	年	月	日生	()	歳	
住所 (※1)	〒	電話		()			
		携帯		()			
住所 (※2)	〒	電話		()			
		携帯		()			
過去にこの助成金を受けたことがありますか。							
1 ない							
2 ある 今回の申請は () 年目、通算 () 回目							
申請者氏名							
* 以前の受給歴について、他自治体に確認することを同意します。							
申請額 金 _____ 円							
年 月 日 菰野町長 宛							
振込先	金融機関名	銀行			本店		
		金庫			支店		
		農協			出張所		
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号					(左詰記入)	

申請受理年月日	(市町)	(県)	(承認・不承認)	
県補助金(有・無)			決定年月日	
受給者番号				

注)太枠の中を記入してください。

※1：夫の住所を記入する。※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。