様式第１号（第５条関係）

幕別町不育症治療費助成申請書

　　　　　　　年　　　月　　　日

幕別町長　　様

申請者 郵便番号

住　　所

氏　 名

電話番号

幕別町不育症治療費助成実施要綱の規定により、不育症治療費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） | 　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 申請者と別の住所 | ＊夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻） |
| 過去の助成の有無 | 過去に不育症治療費に係る助成を受けたことがありますか無　　・　　有→　　前回申請　（　　　　　年　　　　月 ）助成を受けた市町村名　　幕別町・その他（　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫組合農協 | 本店・支店本所・支所出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | ゆうちょ銀行の場合　　 | 店名 | 店番 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
|  |

|  |
| --- |
| 同　意　書幕別町不育症治療費助成事業実施要綱第６条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。夫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妻　　　　　　　　　　　　　　　 |

【必要書類】

1. 不育症治療費助成受診等証明書（様式第２号）（道要綱決定者は、道要綱に基づく助成の決定を受けた指令文の写し、不育症治療費助成事業受診等証明書の写し）
2. 口座の確認ができるものの写し（通帳等）
3. 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は町外の方の住民票謄本、戸籍謄本