

様式第 1 号(第 6 条関係)

築上町不妊治療費助成事業申請書

	夫	妻
(フリガナ) 氏名	( )	( )
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____ 電話番号 ( )	
夫婦の住所が異なる場合※	〒 _____ 電話番号 ( )	
過去の助成実績	・ 県で助成を受けた年度・回数 ( )	
	・ 本町で助成を受けた年度・回数 ( )	
	・ 他の市町村で助成を受けた年度・回数 ( )	
申請金額	円	
<p>上記のとおり関係書類を添えて、築上町不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により不妊治療費の助成を申請します。</p> <p>なお、私たちの住所及び市税等の納付状況の確認のため、築上町の職員が公簿等を閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>築上町長 _____ 様</p> <p>申請者氏名 夫 _____ ④ 妻 _____ ④</p> <p>(夫及び妻が記入押印)</p>		

※夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合をいう。

(町記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		過去の助成の有無	
算定額	費用額 (A)		円
	県助成額 (B)		円
	助成対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審査	定住日	( 年 月 日)	
	徴税等の納付状況	完納 ・ 不納	
	今年度の助成額	今回の助成決定額	