

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

芦北町特定不妊治療費助成申請書

芦北町長 様

申請者 住所 芦北町大字
氏名 印
電話番号

下記のとおり関係書類を添えて特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、私及び私の世帯の納税状況を確認されることに世帯全員が同意します。

記

- 1 配偶者氏名
- 2 婚姻年月日 年 月 日
- 3 県事業の助成承認年月日 年 月 日
- 4 申請金額 円

振 込 先	金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
	預金の種類・口座番号	1 普通 2 当座	No.
	フリガナ		
	口座名義		

(注) 助成金の振込先は、上記申請者のものに限りません。

添付書類

- (1) 熊本県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 特定不妊治療費に係る領収書の写し
- (4) 戸籍及び住民票の謄本（戸籍謄本は住民票謄本に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要）
- (5) 町長が必要と認める書類

町確認欄：納税状況	完納	・	未納あり
-----------	----	---	------