

芦北町特定不妊治療費助成申請書

令和 年 月 日

芦北町長 竹崎 一成 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
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。

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	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	カナ 口座名義人					
	口座番号						左詰記入	

本申請において、町が住民基本台帳及び町税等の納付状況について閲覧することに同意します。

夫署名： _____

妻署名： _____

添付書類（同意がある場合、※は省略できる場合があります。）

- 熊本県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 特定不妊治療費に係る領収書の写し
- 夫婦の住所及び婚姻関係を証明する書類 ※
- 町税等を滞納していないことを証明する書類 ※
- その他町長が必要と認める書類