

下川町不妊治療費助成申請書

年 月 日

下川町長様

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

対象者	夫氏名	(フリガナ)		夫の生年月日		
				年	月	日生(歳)
	妻氏名	(フリガナ)		妻の生年月日		
				年	月	日生(歳)
	住所	〒		電話 ()		
	〔下の欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入〕	〒		電話 ()		
加入医療保険(夫)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者					
加入医療保険(妻)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者					
過去の助成状況	時 期	自治体名	年 月	年 月	年 月	年 月
無・有 (回)	年 月		年 月	年 月	年 月	年 月
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店	預金 種別	普通 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人		()		
同意書						
私たちは、下川町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、下川町長が住民基本台帳に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 年 月 日 氏名 夫 _____ 妻 _____						

注) 太枠の中をご記入ください。

※下川町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認)	
		決定年月日	
受給者番号			