

様式第1号（第5条関係）

不育症治療助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）津幡町長

- 1 関係書類を添えて次のとおり、不育症治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録等の確認を行うことに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町の補助を受けません。

申請者 氏名 印

不育症治療に要した本人負担額 金 円 申請金額 金 円
（本人負担額のうち、上限30万円）

| | | | | |
|-----------------------|---------------------|------------|-----------|--|
| 夫 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） | |
| 妻 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） | |
| 住 所（※1） | 〒 電話（ ） | | | |
| 住 所（※2） （夫・妻） | 〒 電話（ ） | | | |
| 1 年 前 の 住 所 （※3） | 〒 | | | |
| 過去1年間に居住した 市町村（※4） | 〒 | | | |
| 振 込 先 | 金 融 機 関 名 | 銀行・金庫・農協 店 | | |
| | 預 金 種 別 | 普通 ・ 当座 | 口 座 番 号 | |
| | （フリガナ） 口 座 名 義 人 | （申請者と同一） | | |

※ 治療の終了した日が属する年度内に申請（ただし、3月診療及び治療が翌年度をわたるときはこの限りではない）

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※3 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所

※4 以降に居住した市町村