

様式第1号（第6条関係）

上士幌町一般不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

上士幌町長 様

(申請者)

住 所

氏 名 ㊟

電 話 番 号

下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

申請額（3月診療分から翌年2月診療分） _____ 円

		夫		妻	
ふりがな					
氏 名					
生年月日		年 月 日生まれ (歳)		年 月 日生まれ (歳)	
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	ゆうちょの場合	店名	店番
	口座番号				
口座名義人 (申請者)		(フリガナ)			

<調査同意書>

上士幌町一般不妊治療費助成金交付要綱第6条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税等の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。

氏 名	調査同意
申請者	㊟
配偶者	㊟