

松伏町早期不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

次のとおり、不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項に係る調査について承諾します。

申 請 者	夫	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏 名	Ⓜ		
	現住所	〒			
	電話番号	自宅・携帯	— —	日中必ず連絡がとれる番号を記入	
申 請 者	妻	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏 名	Ⓜ		
	現住所	〒			
	電話番号	自宅・携帯	— —	日中必ず連絡がとれる番号を記入	
不妊治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
申請金額		金 円（千円未満切捨て）			
添付書類		<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書 <input type="checkbox"/> 夫婦であることの証明書 <input type="checkbox"/> 治療費の領収書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座名義人及び口座番号がわかるものの写し			

助成金は、（夫・妻）名義の下記の口座に振り込んでください

振 込 先	フリガナ	
	口座名義	
	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店（支所） 農協 出張所
	預金種別	普通 ・ 当 座
	口座番号	