

様式第1号(第6条関係)

三股町特定不妊治療費助成金給付申請書

年 月 日

三股町長 様

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

三股町特定不妊治療費助成金給付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

区 分		夫		妻	
氏 名 <small>ふりがな</small>					
生年月日		年 月 日		年 月 日	
住 所 電話番号		〒 _____		〒 _____	
給付を受けようとする助成金の額				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	<small>ふりがな</small> 口座名義人		
	口座番号				
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号					
給付決定額				円	

注) 太枠内をご記入ください。

- (添付書類)
- 1 宮崎県不妊に悩む方への特定治療費助成金給付決定通知書の写し
  - 2 滞納のない証明書
  - 3 領収書の写し