

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

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				
生年月日	年 月 日		年 月 日	
住 所	〒		〒	
電話番号	— —		— —	
過去の助成実績	○本町で助成を受けた回数 (回)			
申立欄	○今回の助成申請に係る特定不妊治療費に対し、他の市町村からの助成をうけて (いない ・ いる) ※ 予定も含む。			
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 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通当座	ふりがな口座名義人	
	口座番号			※右詰めで記入してください。

※虚偽の申告により助成金の給付を受けた場合は、助成金の返還を求められます。

【三股町記入欄】

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日 (承認・不承認)	年 月 日
受給者番号		過去の助成回数	回
給付決定額			円
算定額	費用額 (A)		円
	県助成金額 (B)		円
	助成金対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審査	○ (夫) 住民登録1年以上 住民日 (年 月 日)	あり	なし
	○ (妻) 住民登録1年以上 住民日 (年 月 日)	あり	なし
	○ 他の市町村からの助成の重複	なし	あり
	○ 町税 (国民健康保険税を含む)	完納	未納
	○ その他 ()		

- 【添付書類】
- 1 宮崎県特定不妊治療費助成金給付決定通知書の写し
 - 2 宮崎県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 - 3 滞納のない証明書
 - 4 領収書