

様式第1号(第4条関係)

昭和村不妊治療費助成金交付申請書

昭和村長 様		申請日	年 月 日	
申請者		氏 名		生年月日
	夫	印		年 月 日生
	妻	印		年 月 日生
	住 所	〒 利根郡昭和村大字 電話 ( )		
	住所(2) (夫婦の住所が異なる場合)	〒	(夫・妻) 電話 ( )	
*助成金交付申請額		円	*治療に要した夫婦負担額(千円未満は切り捨てる)を助成対象額とし、15万円を限度額とします。	
助成金の振込先	(ふりがな) 口座名義人 *申請者いずれかの口座		金融機関名	
			支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

同 意 書

- 上記申請のため、
- ① 法律上の婚姻関係にあること
  - ② 昭和村に1年以上住所を有していること
  - ③ 世帯の納税状況

について確認することに同意します。

申請者 住 所 昭和村大字  
氏 名 印

添付書類	1 昭和村不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書(様式第2号) 2 医療保険証の写し
------	---

*昭和村 処理欄	申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付