

別記様式第1号(第4条関係)

御宿町不妊治療費等助成金交付申請書

(あて先)

御宿町長

申請日 年 月 日

不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請内容	申請の種類 ※いずれか1つにチェックを入れる。	<input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療等
------	----------------------------	--

受療者本人 (治療を受けた人)	フリガナ						性別	男	女
	氏名								
	住所	〒	生年月日		年 月 日				
			電話番号						
	配偶者氏名 ( )								
	加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済	保険者 番号		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
	御宿町民となった日 : 年 月 日								
同意欄	本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。 受療者氏名 〈事実上の婚姻と同様の事情にある男女〉 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(別記様式第4号)								
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所							
		ゆうちょ銀行	店番(3けた)						
	種別	普通 当座	口座番号(7けた)						
		フリガナ							
	口座名義								

申請者(窓口に来られる方)

申請者氏名 : (受療者との続柄: )

申請者住所 :

《申請者又は口座名義人が受療者本人以外の場合は、委任状が必要となります》 ⇒裏面を御覧ください。

委任状

代理人	氏名	
	住所	〒
	生年月日	年 月 日

(あて先)  
御宿町長

私は、上記の者を代理人と定め、申請に関する権限を委任します。

委任者 (受療者)	氏名	
	住所	〒
	生年月日	年 月 日