

伊奈町早期不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

伊奈町早期不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、交付の要件の確認のため、町が保有する住民基本台帳その他の公簿によって確認を行うことや他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな		生 年 月 日	昭和 平成 () 歳
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
妻	ふりがな		生 年 月 日	昭和 平成 () 歳
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
不妊治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
申請額	円			
(宛先) 伊奈町長 申請日： 年 月 日 申請者氏名_____				

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号		
要件確認	<input type="checkbox"/> 夫婦	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 県初回助成	
交付結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	交付対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日