

播磨町長 様

播磨町不育症治療費助成事業申請書兼請求書

不育症治療費に対する助成を受けたいので、播磨町不育症治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により申請します。なお、助成事業資格確認のため、住民登録状況、町税滞納の有無等を調査することを承諾します。

また、町が、本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で報告を行うこと及び町が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会することに同意します。

記

注) ご夫婦それぞれ自筆でご記入ください。

申請者 (※1)	夫	(フリガナ) 氏 名						年 月 日生 (歳)		
	妻	(フリガナ) 氏 名						年 月 日生 (歳)		
	住 所 (※2)	〒						日中連絡のつく TEL		
	住 所 (※3)	〒						日中連絡のつく TEL		
申 請 額 金 _____ 円 (※4)										
金融機関コード					支店コード				※フリガナは必ずご記入ください。	
振込先 金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 ()						本 店 支 店 出 張 所 ()		フリガナ	
									口座名義人 (※5)	
口 座 番 号								(左詰め)	普通 ・ 当座	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名が必要です。

※2：夫婦の住所を記入してください。

※3：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。(夫婦の住所が異なる場合とは、町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。)

※4：該当する費用の上限 10 万円とする。

※5：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。