様式第１号

埼玉県吉見町早期不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

吉見町長

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため当町が保有する住民基本台帳等の公簿による確認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。

申請者	夫	ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （　　）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　　年　　月　　日 （　　）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		
振込先	金融機関名		銀　行 金　庫 農　協	本　店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人	（夫または妻の名義の口座を記入）	
	口座番号				（口座番号は右詰記入）

※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	□婚姻　　□住所　　□県初回助成			
助成結果	□承認 □不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年　　月　　日