

立科町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

立科町長 様

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、立科町長が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税等の情報を閲覧し、確認することを承諾します。

また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

※ 太枠の中をご記入ください。

申請者	ふりがな		続柄	生年月日 (年齢)	
	氏名		夫・妻	年 月 日生 (歳)	
	住所	〒		連絡先電話番号	
				自宅	()
				携帯	()
配偶者	ふりがな		続柄	生年月日 (年齢)	
	氏名		夫・妻	年 月 日生 (歳)	
	住所	〒		連絡先電話番号	
				自宅	()
				携帯	()
県助成対象額 (A)		円	町助成対象額 (C) (A) - (B)		円
県助成額 (B)		円	申請金額 (C) × 0.7 ※上限額200,000円と比較して少ない額 (1円未満切捨)		円

金融機関名		支店	預金種目	口座番号
銀行 金庫 農協		本店 支店 支所	普通 当座	
ゆうちょ銀行 (郵便局)		記号		番号
フリガナ				
口座名義人				

(添付書類)

- ・長野県不育症治療支援事業受診等証明書の写し
- ・長野県不育症治療支援事業助成決定通知書の写し
- ・助成対象経費に係る領収書
- ・その他町長が必要と認める書類

決定年月日	承認 ・ 不承認
	年 月 日
助成額 (請求額)	円