様式第１号（第５条関係）

佐用町不育症治療費助成事業申請書

１　関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。
２　本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
３　本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

		（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
	申請者	（　　）	年　月　日生（　歳）
	夫	（　　）	年　月　日生（　歳）
	住所（※１）	〒 電話　（　）	
	住所（※２）	〒 電話　（　）	

申　請　額　　金　　円

年　月　日

佐用町長　　様

振込先(※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口座名義人		（　　）			
	口座番号							（左詰記入）

申請受理年月日	年　月　日	（承認・不承認） 決定年月日	年　月　日
受給者番号			

注１）**太枠の中をご記入ください。**
※１：申請者及び夫の住所を記入する。
※２：単身赴任等で夫と申請者が異なる場所に住所を有する場合に記入する。
※３：口座名義人は申請者の個人名義であること。

町受付印

注２）申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。
（添付書類）　１．不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第２号）
２．不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）（様式第３号）
３．領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）
４．夫婦の住民票（世帯主及び続柄の記載があるもの）
５．夫婦それぞれの所得額を証明する書類（市町村民税県民税所得課税証明書、市町村民税県民税納税通知書又は市町村民税県民税特別徴収税額決定通知書）

夫及び申請者の所得額

	夫(A)	申請者(B)	控除額(C)	計（A＋B－C）	
（　）年分					適　・　否