

石井町こうのとり応援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

石井町長 殿

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、石井町こうのとり応援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成金の請求及び受領については口座名義人に委任します。

		夫		妻	
申請者	(ふりがな)				
	氏名	印		印	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒		電話 ( )	
上記申請要件の確認のため、夫婦の住民登録の有無、所得・課税状況、町税等滞納の有無について、調査することに同意します。					
		(夫) 氏名 _____ 印		(妻) 氏名 _____ 印	
申請額	金	円	助成回数	回目	
助成金の交付決定後、交付決定額を請求します。助成金は次の口座に振り込んでください。					
振込先	金融機関名	( ) 銀行 ・ 金庫 ・ 農協			
		本店 ・ ( ) 支店 ・ ( ) 支所			
	フリガナ				
	口座名義人				
	預金種別	普通・当座	口座番号		
申請受理年月日	年	月	日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

(注) 太枠の中をご記入ください。

添付書類

1. 徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書（原本）
2. 徳島県こうのとり応援事業受診証明書
3. 特定不妊治療・男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
4. 戸籍謄本（抄本）  
※ 石井町に初回申請の方及び住民票で婚姻関係が確認できない場合に必要
5. 夫及び妻それぞれの所得・課税証明書（控除額が記載されたもの）
6. 振込先預金通帳の写し（金融機関名・預金種別・口座番号及び口座名義人がわかる書類）

注) 2～4については、徳島県こうのとり応援事業申請時提出したものの写しで可。  
5については、徳島県こうのとり応援事業申請時個人番号（マイナンバー）を提示した場合、省略可。

治療費総額 \_\_\_\_\_ 円

徳島県助成額 \_\_\_\_\_ 円

石井町助成額 \_\_\_\_\_ 円