

(様式第1号) (第4条関係)

箕輪町不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

箕輪町長 様

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、箕輪町長が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料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			
				自宅	()		
				携帯	()		
	保険者名 (発行機関)		保険者番号				
	個人番号						
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			
				自宅	()		
				携帯	()		
	保険者名 (発行機関)		保険者番号				
	個人番号						
婚姻年月日		年 月 日					
申請金額		円					
受付年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日			
受給者番号			助成額				

金融機関名	支店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
ゆうちょ銀行 (郵便局)	記号 (左づめでご記入ください) 6桁目がある場合は※欄にご記入ください		番号 (右づめでご記入ください)
預金通帳の見開き左上に記載された従来の口座の記号・番号を記入してください	1 0 - ※		
(フリガナ)			
口座名義人			

(添付書類)

- ・長野県不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書の写し
- ・箕輪町不妊治療費助成事業医療費等証明書又は精巣内精子採取術実施証明書
- ・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