

本別町不育症治療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

本別町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、本別町不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 夫の氏名		夫の生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所及び連絡先 (別居の場合)	電話 () -		
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
交付申請額	円		

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
氏 名				

添付書類

1. 北海道不育症治療費助成事業申請書の写し
2. 北海道不育症治療費助成事業指令文の写し