

五城目町長 様

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日						
夫	() 印		昭和・平成	年	月	日	() 歳		
妻	() 印		昭和・平成	年	月	日	() 歳		
住所	〒 TEL								
申請額	年度 回目		円						
振込先	金融機関名		銀行		本店・支店			金庫	
	預金種別 (どちらかに○)	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()				
	口座番号							左詰で記入	

※ 印鑑は夫婦別々の印鑑を使用して下さい。

(添付書類)

- (1) 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 秋田県特定不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費(保険外治療)の領収書の写し
- (3) 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

調査の結果、交付を(決定 ・却下) します。

決裁 年 月 日

町長	副町長	課長	主席補佐	参事	係長	主事	係