

白老町不育症治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

白老町長 様

申請者 氏名

印

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

夫		妻	
氏名	フリガナ	氏名	フリガナ
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所①	〒 電話番号 ()		
住所②	〒 ※夫婦の住所が異なる場合に記入 別居理由 ()		
白老町に対してこの助成金を申請するのは、今回が初めて・() 回目			
同意書			
<p>私たちは、白老町が助成の適否を決定するために次の1及び2を行うことについて同意します。</p> <p>1 住民基本台帳および町税等に関する公簿を閲覧および調査すること</p> <p>2 必要に応じて、北海道及び他の市町村に対し、この申請に係る情報を照会し、又は提供すること</p>			
申請者		印	
銀行	銀行名	銀行・信用金庫	
	支店名	支店	預金種類 普通・当座
	口座番号		
	口座名義人	フリガナ	
町記入欄	A 対象治療に要した自己負担額		円
	B 付加給付額（北海道不育症治療費助成金等）		円
	C 同一年度内に町から支給済みの助成金額		円
	D 助成対象不育症治療費（A - B - C）		円
<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 滞納 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 道の助成決定 <input type="checkbox"/> 助成回数(回目)			