

朝日町不育症治療費助成事業申請書

朝日町長 宛 _____ 年 月 日

治療内容及び過去における受給状況等について、朝日町が必要に応じて医療機関及び他の自治体へ照会すること並びに朝日町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することについて同意し、朝日町不育症治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	() 印	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
妻	() 印	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
住所 連絡先	〒	電話 () 携帯 ()
<p>過去の不育症治療費受給の状況 1. ない 2. ある</p> <p>(あると回答した方のみ以下のことにご回答ください) 過去の助成受給について(※通算して3回まで) 1回目 _____年度、 2回目 _____年度、 3回目 _____年度、 ⇒ 助成金を受けた自治体は 1 朝日町 2 その他 () 助成を受けた時期 _____年 _____月 ~ _____年 _____月</p>		
申 請 額 金 _____ 円		
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 当座 (ふりがな) 口座名義人 ()
	口座番号	(左詰記入)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		受付者	

注)太枠の中を記入してください。

- (添付書類) 1. 不育症治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書(原本)