

様式第1号 (第6条関係)

女川町特定不妊治療費 (先進医療) 助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費 (先進医療) の助成を申請します。

また、女川町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(		歳)
	現住所	〒( )		電話	( )	
配偶者	ふりがな			年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(		歳)
	現住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒( )		電話	( )	
過去の助成歴等	女川町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ( 回目) <input type="checkbox"/> ない					
申請額	金 円					
女川町長 様 年 月 日 申請者氏名 (自署) _____ (口座名義人と同じ)						
振込先	金融機関名 ※申請者の口座を記入	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 信漁連・農協		本・支店名		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ		
	口座番号			口座名義人 (申請者)		(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目 (該当しない場合は助成の対象となりません。) <input type="checkbox"/> 今回申請する治療費用について、他の市区町村による助成を受けていない					