

日の出町長 あて

日の出町特定不妊治療費助成金交付申請書

日の出町特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、申請者及び配偶者に関する日の出町町税賦課徴収条例に基づき課税された町税の納税状況を確認することに同意します。

記

氏 名		生 年 月 日
(ふりがな) 申 請 者	Ⓜ	昭和 年 月 日 平成 (歳)
(ふりがな) 配 偶 者	Ⓜ	昭和 年 月 日 平成 (歳)
申請者住所	〒190-018 西多摩郡日の出町 電話 ()	
申 請 額	_____ 円	

〔添付書類〕

- ① 特定不妊治療に係る領収書の写し。
- ② 東京都に提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ③ 東京都から交付された特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し

特定不妊治療費助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店 番 号	口座番号（普通口座）
銀行 本店		
信用金庫 支店	口座名義 カタカナ	
農協	口座は、申請者名義のものに限ります。	