

様式第 1 号（第 5 条関係）

東成瀬村特定不妊治療交通費助成金交付申請書・請求書

年 月 日

東成瀬村長 様

申請書 住所
氏名
電話番号

東成瀬村特定不妊治療交通費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付の決定のため、村税等の納税状況について村が調査することに同意します。

受診者	住 所			
	氏 名	夫		
		妻		
	受 診 日	年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	
年 月 日		年 月 日		
年 月 日		年 月 日		
医 療 機 関	所 在 地			
	医療機関名			
申 請 額		円		
振 込 先	銀行 信用金庫 農協		支 店 名	支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義			

※ 口座名義は、申請者の口座としてください。

添付書類

- (1) 特定不妊治療費領収書の写し
- (2) 受診者のいずれか一方が東成瀬村外に住所を有する場合、住所地での納税の状況が分かる書類の写し
- (3) その他村長が必要と認める書類