

河南町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

河南町長 様

受給要件（住所、続柄等）を住民基本台帳等により確認されることに同意し、次のとおり、不育症治療費の助成を申請します。なお、交付決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

申請者	ふりがな						生 年	年 月 日生（ 歳）		
	氏 名						月 日			
	住 所	〒 - 河南町					電話番号 ( )			
配偶者	ふりがな						生 年	年 月 日生（ 歳）		
	氏 名						月 日			
	住 所	〒 - 河南町 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。					電話番号 ( )			
今までの助成状況		今まで河南町で不育症治療費の助成を受けたことが ない ・ ある 【ある場合】 ( ) 年 ( ) 月頃、( ) 年 ( ) 月頃								
申請金額		金						円	(上限 30 万円年度内)	
振込先口座 (申請者名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協				支 店 出張所名		本 店 支 店 出張所 店番号【      】		
	預金種別	1 普通	ふりがな							
		2 当座	口座名義人							
		口座番号								