

様式第1号（第6条関係）

羅臼町不妊治療等助成事業申請書

羅臼町長 様

年 月 日

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療等の助成を申請します。また不妊治療等助成事業による助成金の交付状況について羅臼町が他の自治体へ照会すること、不妊治療の実施に関して医療機関等に照会することについて同意します。また課税状況の確認に同意します。

	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日
申請者	() ④	男・女	年 月 日 () 歳
配偶者	()	男・女	年 月 日 () 歳
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします（過去に事実婚で助成を受けた方を含む） <input type="checkbox"/>			
住所	〒 - 電話番号		
配偶者住所	※申請者と異なる場合のみ 〒 - 電話番号		
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ・ない ・ある → 過去 () 回 受けたことがある 助成を受けた自治体名 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療機関名			
通院日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 4回目 年 月 日 5回目 年 月 日	距離 (片道)	※GoogleMap等で計測 ※住民登録のある自宅から医療機関までの距離 km
振込先金融機関の名称及び口座番号等			
振込先金融機関の名称	口座番号（普通・当座）		口座名義人（申請者本人）
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 ゆうちょ銀行の場合： 店番号	左詰記入 		ふりがな ()
○添付資料 ・受診等証明書 ・領収書及び診療明細書 ・住民票の写し ・戸籍謄本 ・事実婚関係の場合、事実婚関係に関する申立書			