

様式第1号（第4条関係）

鬼北町不妊治療等交通費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鬼北町長 様

〔申請者〕

住 所

氏 名

㊞

電話番号 ()

鬼北町不妊治療等交通費助成金の交付を受けたいので、下記の通り申請します。

また、本申請の審査に関し、申請内容の確認のために町税の滞納状況、住民基本台帳等について閲覧することに同意いたします。

通院対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	申請回数	初回・2回目以降 (回目)
	通院内容	不妊治療 ・ 妊産婦健康診査
	通院回数	回
医療機関名 住 所		
交通費助成金申請・請求額 5,000円×通院回数（上限100,000円）		円

○振込先口座

金融機関名 ※いずれかに○		本店 支店 支所
預金種別 ※いずれかに○	普通・当座	口座番号 ※右詰めで記入
フリガナ		
口座名義人		

【添付書類】

- 通院に係る領収書の写し（不妊治療） 母子健康手帳（妊産婦）
 申請者名義の振込先口座の通帳の写し