

様式第1号

井川町特定不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

井川町長 様

井川町特定不妊治療助成金の申請にあたり、引き続き井川町へ在住するとともに、関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療助成金の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
申請者	印	年 月 日 (歳)	
配偶者	印	年 月 日 (歳)	
申請者住所	井川町	電話 ()	
配偶者住所 <small>(申請者と異なる場合のみ記入)</small>	井川町	電話 ()	
申請額 _____ 円 (治療に直接要した費用。ただし、秋田県特定不妊治療費助成事業による助成決定額を控除した額とする。)			
振込先	金融機関名	_____ 銀行 _____ 農業協同組合 _____ 信用金庫	本店 ・ _____ 支店 本所 ・ _____ 支所 本店 ・ _____ 支店
	種 別	1. 普 通 2. 当 座	口座番号 _____
	口 座 名 義	ふりがな _____ 氏 名 _____	

※ 添付書類

- ① 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- ② 秋田県特定不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療費に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し