

第1号様式（第5条）

特定不妊治療費助成金支給申請書

年 月 日

横芝光町長 様

特定不妊治療費の助成を受けたいので、横芝光町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	夫	フリガナ			
		氏名			
		生年月日	年	月	日生（歳）
		住所	〒 ー 電話（ ）		
	妻	フリガナ			
		氏名			
		生年月日	年	月	日生（歳）
		住所	〒 ー 電話（ ）		
助成申請額		円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

同意書

私は、特定不妊治療費助成金の交付決定に当たり、横芝光町が所有する公簿等により、私どもの婚姻の事実、居住の状況及び町税の納付状況について町職員が確認することに同意します。

(夫氏名) 印

(妻氏名) 印