

第1号様式（第6条関係）

山北町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

（提出先）山北町長

不育症治療費に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------|-------|-------|------|--|
| 申請者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | 印 | | |
| | 住所 | 山北町 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | |
| 申請者の配偶者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 山北町 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | |
| 婚姻年月日 | 年 月 日 | | | |
| 申請金額 | 円 | | | |

同意書

不育症治療費助成金の交付のため、申請者及びその配偶者の住民登録記載事項、所得の額又は納税状況の確認並びに医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせを、山北町職員が行うことに同意します。

申請者氏名

印

配偶者氏名

印