

様式第1号（第4条関係）

野沢温泉村不妊及び不育症治療補助金交付申請書兼請求書

（提出先） 年 月 日
野沢温泉村長

申請者
住 所 野沢温泉村大字
氏 名 ⑩
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不妊及び不育症治療費の助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。

なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請にあたり、野沢温泉村長が、私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧すること、また、不妊及び不育症治療費助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

交 付 申 請 額		円										
加入医療保険	夫	氏 名	(どちらかに○) 本 人 ・ 被 扶 養									
		保険者名 (発行機関)	保険者 番 号									
	妻	氏 名	(どちらかに○) 本 人 ・ 被 扶 養									
		保険者名 (発行機関)	保険者 番 号									
婚 姻 年月日	年 月 日											

口座振込 金融機関	〈金融機関名〉	〈支店名〉	店 番 号 口座番号	店番号	口座番号
	銀行 信金 農協	本店 支店 支所	(フリガナ) 口座名義人		

備 考

- 1 上記記載内容に変更が生じた場合は、変更事項を別に定める様式により村長に提出すること。
- 2 医療機関を変更した場合は、医師の証明書を村長に提出すること。