

小豆島町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

小豆島町長 殿

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

(助成対象者) 申請者	(ふりがな) 氏名	()			年 月 日 生
	住所	〒 電話番号 ()			
助成申請額	申請額	金			円
過去に自治体から 受けた不育症治療の 助成の有無(小豆島町 での助成を含む。)	<input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある。(受けた回数 回) 受けたことがある場合は、自治体名・助成金額・助成時期を記入してください。				
	自治体名 (都道府県、市 町村名)				
	助成金額	円	円	円	円
	助成時期	年 月	年 月	年 月	年 月
	この申請書以外に現在、不育症治療費の助成を申請中の場合は、その内容を記入してください。				
同意書 <input type="checkbox"/> 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、他の自治体及び医療機関に対して治療内容等を照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> 町税等の収納状況及び住民登録情報を閲覧することに同意します。 氏名 _____					
小豆島町記入欄					

備考 □欄には、該当する□内にレ印を記入してください。