

様式第1号（第6条関係）

三宅町一般不妊治療等支援事業助成金交付申請書
 （ 一般不妊治療 ・ 不育治療 ）

年 月 日

三宅町長 殿

（申請者） 住所 _____

氏名 _____

（口座名義人と同一）

電話番号 _____

三宅町一般不妊治療等支援事業助成金（一般不妊治療分・不育治療分）の交付について、三宅町不妊治療等支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

対象者	夫	ふりがな				生年月日		
		氏名				年	月	日
	妻	ふりがな				生年月日		
		氏名				年	月	日
	申請者住所	〒 _____			電話番号			
その他住所	〒 _____			電話番号				
①三宅町で過去にこの助成を受けたことがありますか ない ・ ある ⇒ （ _____ 年度）から合計（ _____ ）回受けた。 ②この申請について、他の地方公共団体に助成を受けていますか。（ 受けていない ・ 受けている ） 助成を受けた市町村名： _____								
助成対象経費			円	助成金交付申請額 （請求額）			円	
振込先	金融機関名	銀行・組合 店 金庫・農協			本 店番（ _____ ）		支店・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当 座			（フリガナ） 口座名義人（申請者）		（ _____ ）	
	口座番号	_____	_____	_____	_____	_____	（左詰で記入）	

上記の太枠内にご記入ください。

※町記載欄

決定番号	_____		
承認 ・ 却下	決定額	_____ 円	