

様式第1号（第8条関係）

高千穂町特定不妊治療費助成金給付申請書

年 月 日

高千穂町長 様

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

高千穂町特定不妊治療費助成金給付事業要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

区 分		夫		妻	
氏 名					
生年月日		年 月 日		年 月 日	
住 所 電話番号		〒 _____		〒 _____	
給付を受けようとする助成金の額			円		
振 込 先	金融機関名	銀行		本店	
		金庫		支店	
		農協		出張所	
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人		
	口座番号				
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号					
給付決定額			円		

注) 太枠内をご記入ください。