

辰野町長 様

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、辰野町長が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

※太枠の中をご記入ください

申請者	ふりがな		続柄	生年月日（年齢）								
	氏名		夫・妻	年 月 日生（歳）								
	住所	〒			連絡先電話							
					自宅（ ） 携帯（ ）							
	辰野町への住民登録年月日			年 月 日								
保険者名 (発行機関)			保険者番号									
配偶者	ふりがな		続柄	生年月日（年齢）								
	氏名		夫・妻	年 月 日生（歳）								
	住所	〒			連絡先電話							
					自宅（ ） 携帯（ ）							
	辰野町への住民登録年月日			年 月 日								
保険者名 (発行機関)			保険者番号									
自己負担額（A）			円	その他給付金（C）							円	
県助成金（B）			円	申請金額(A)-(B)-(C)							円	
※上限額 50,000 円と比較して少ない額												
金融機関名		支店		預金種目	口座番号（右づめでご記入ください）							
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通 当座								
ゆうちょ銀行（郵便局）		記号（左づめでご記入ください） 6桁目がある場合は※欄にご記入ください		番号（右づめでご記入ください）								
預金通帳の見開き左上に記載された従来の口座の記号・番号を記入してください		1				0	-	※				
(フリガナ)												
口座名義人												

(添付書類)

- ・長野県不育症治療費助成事業交付決定通知書の写し
- ・辰野町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- ・助成対象経費に係る領収書
- ・その他町長が必要と認める書類

※ 徴収担当者確認欄

住民税等納入状況	特記事項	担当者
済 ・ 未		

受付年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受付番号		助成額	