

様式第1号(第5条関係)

今帰仁村不育治療費助成事業申請書

年 月 日

今帰仁村長 殿

下記のとおり、不育治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・村民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	㊟		
	住所	〒 今帰仁村	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
婚姻年月日	年 月 日			
不育治療対象児	第 子			
医療機関	住所			
	名称			
申請金額等	金 円 第 回目			
助成金振込先	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所
	口座番号	普通・当座		
	ふりがな			
	口座名義人			
※ 村 記入欄	受付年月日	年 月 日		
	決定年月日	年 月 日		交付・不交付