

高取町一般不妊治療費等助成金 (不育治療分) 交付申請書

年 月 日

高取町長 様

(申請者) 住所:

氏名: (口座名義人と同一)

電話番号:

高取町一般不妊治療費等助成金 (不育治療分) の交付について、高取町一般不妊治療費等助成金交付要綱第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			
		個人番号										
	妻	ふりがな							生 年 月 日			
		氏 名							年 月 日			
		個人番号										
	住所 (※1)	〒										
	夫妻の住所											電話番号:
	住所 (※2)	〒										
	夫・妻											電話番号:
<p>① 高取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。</p> <p>② 夫と妻の住所が異なる方にお聞きします。 この申請について他の地方公共団体で助成を受けていますか。 ➡ (受けていない ・ 受けている)</p>												

上記の太枠内に御記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入。 ※2: 単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入。