

記入例

様式第1号（第5条関係）

めばえ支援助成金交付申請書（請求書）

日付の記入は不要です→ 年 月 日

松川町長

申請者

住所 松川町元大島●●番地

氏名 松川 花子 ⑨

電話 ●●-●●●●

下記のとおり、めばえ支援助成金交付要綱により助成金の支給を受けたいので、関係書類を添付し申請します。

記

受診者の氏名		生年月日	
夫		年	月 日
妻		年	月 日
不妊治療に要した額 (自己負担額)	A	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 円
町以外の助成金の有無	B	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 円
高額療養費支給の有無	C	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 円
申請額(A-B-C)		円	
助成決定額(※この欄は記入しないでください)		円	
助成金振込先	金融機関名	● ● 銀行 信用金庫 農協	● ● 本店 支店 支所
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

県の助成金

申請者と振込先の口座名義が異なる場合、「委任状」の提出が必要です。