様式第１号

寿都町不育症治療費補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

寿都町長　　様

※1

申請者　住所　寿都郡寿都町字

氏名　　㊞

（口座名義人と同一）

税資料開示同意印　㊞

令和　　年度において不育症治療費補助金を交付されますよう、関係書類を添えて申請します。

記

夫の氏名		夫の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
妻の氏名		妻の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
住所	〒 寿都郡寿都町字　　（電話番号　　）		
※2領収金額	円		
振込先	金融機関	金庫 銀行　　支店	
	口座番号	普通	
	フリガナ		
	口座名義		

●太枠の中を黒ボールペンで記入してください。（消せるボールペンは使用しないでください。）

※１　申請者は夫婦どちらでも構いませんが、振込先口座は申請者名義の口座となります。

※２　領収金額は、北海道知事からの助成決定通知書（指令書）に記載された「助成対象経費」から「助成金の額」を差し引いた額を記載してください。

※寿都町の記載欄
申請者の状況等の確認 ①　寿都町の住民登録の状況　（有・無） ②　町税及び使用料等の納付について（未納の状況　有・無）