

天城町妊活支援旅費助成金交付申請書

年 月 日

天城町長 殿

申請者  
住所  
氏名  
電話番号

天城町妊活支援旅費助成金交付要綱の規定に基づき、次の通り助成金の交付を申請します。

対象者	夫	フリガナ 氏名		妻	フリガナ 氏名	
		生年月日	年 月 日生		生年月日	年 月 日生
	住所					
医療機関名						
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				

(振込先)

金融機関	金融機関名	
	支店	
口座番号		普通・当座
口座名義	フリガナ	
	名義人	

町記入欄(※以下の欄は、記入しないで下さい。)

添付資料	確認欄	受付印
不妊治療受診等証明書		
交通費・宿泊費の領収書		
町税等完納証明書		
住民票謄本(夫婦で住所地が違う場合は戸籍謄本)		

決裁欄	町長		副町長		総務課長		課長		補佐		係長		係	
助成申請額					ア:申請額		イ:助成上限額		ア又はイの低い額					
	旅費相当額								円					
	合計								円					