

古平町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

古平町長 様

申請者 住 所 古平郡古平町大字  
氏 名  
電話番号 ( ) - 印

古平町不妊治療費助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者の 氏 名	ふりがな		生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏 名		連絡先		
配偶者の 氏 名	ふりがな		生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏 名		連絡先		
住所 (夫婦の住所が異なる場合は、下段に記入してください)		〒 - 古平郡古平町大字			
		〒 - 古平郡古平町大字			
医療機関	名 称				
	住 所				
今回の治療に要した額		治療費総額	円 = ①+②+③		
		*内訳*			
		①保険適用分	円 (第2号様式領収金額①より転記)		
		②先進医療分	円 (第2号様式領収金額②より転記)		
		③その他費用	円 (第2号様式領収金額③より転記)		
申請金額		合計	円 = ①+②		
振込先 金融機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫		本店(所) 支店(所)	預金種別 普通・当座	
	ふりがな		口座番号		
	口座名義人				

※ 添付書類：①古平町不妊治療費助成事業受診等証明書 ②医療機関発行の不妊治療に要した費用に係る領収書 ③事実婚関係に関する申立書④その他町長が必要と認める書類⑤振込先金融機関確認書類