

不妊治療費助成事業申請書

豊富町長

様

年 月 日

医療機関で受診した不妊治療費の助成を受けたいので豊富町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により下記の通り、関係書類を添えて申請します。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
妻	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 _____ 電話 () _____		
豊富町に対してこの助成金を申請するのは 今回が初めて ・ () 回目			
一 般 不妊治療	申請金額 _____ 円		
特 定 不妊治療	※内訳については裏面に記入してください。 申請金額【男性不妊治療分除く】 _____ 円 申請金額【男性不妊治療費分】 _____ 円 申請金額【合計】 _____ 円		
申請者 氏 名	同 意 書 豊富町が申請事項確認のため住民基本台帳、町税納税状況等について、公簿等を閲覧し調査することに同意します。 不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 (振込先口座名義と同一の者) _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が記名押印)		
振込先金融機関の名称及び口座番号等			
振込先金融機関の名称		口座番号	口座名義
銀 行	本 店	普 通	ふりがな ()
金 庫	支 店		
農 協	出張所	当 座	
添付書類	1. 不妊治療費助成事業受診証明書原本 又は 写し 2. 不妊治療費の領収書の写し 3. 戸籍謄本 及び 住民票 4. その他町長が必要と認めた書類		

<申請金額内訳> 以下 役場記載欄

	受診年月日	治療の別 (いずれかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	道交付決定額 D	申請額 A+B
1	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
2	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
3	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
4	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
5	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
6	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
7	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
8	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
9	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
10	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
11	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
12	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
13	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
14	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
15	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
16	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
17	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
18	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
19	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
20	年 月 日	一般・特定 ・男性	円	円	円	円	円
計			円	円	円	円	円