

## 豊富町不育症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育症治療費の助成を受けたいので豊富町不育症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 ( )	
住 所 <small>(単身赴任等で住所が異なる場合記入)</small>	〒 電話 ( )	
北海道の不育症治療費の助成は 受けた ( ) 回目 ・ 受けていない		
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		
<b>同 意 書</b>		
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。		
申請者 氏 名	不育症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	印
(夫及び妻が記名押印)		
※裏面の内訳については、記入しないでください。		
申請金額【検査】	金 _____ 円	
申請金額【治療】	金 _____ 円	
申請金額【合計】	金 _____ 円	
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 金 庫 支 店 農 協 出張所	普 通 当 座	( ふ り が な )

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不育症治療費助成事業受診証明書原本 又は 写し</li> <li>2. 北海道不育症治療費助成事業交付決定指令文の写し</li> <li>3. 不育症治療費の領収書の写し</li> <li>4. 戸籍謄本 及び 住民票</li> <li>5. その他町長が必要と認めた書類</li> </ol>
------	---

以下 役場記載欄

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに ○)	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 B
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
16	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
17	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
18	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
19	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
20	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円	円
計			円	円	円	円	円