

様式第 1 号

大石田町不育症検査・治療費用助成事業申請書

年 月 日

大石田町長

殿

申請者 氏名 _____

大石田町不育症検査・治療費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の公共団体や医療機関に照会することについて同意します。

フリガナ			
氏名	夫	妻	
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
住所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号	
今年度の町の助成	<input type="checkbox"/> ある (助成金額 計 円) <input type="checkbox"/> ない		
申請内訳	① 保険適用外の検査及び治療費	円	
	② 保険適用で実施したヘパリン療法に係る自己負担額	円	
	③ 証明書料	円	
助成申請額	計 円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店	
	預金種別	普通・当座	フリガナ
			口座名義人
口座番号			

注) 1 ※1 は、夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ① 不育症治療医療機関受診等証明書
- ② 不育症検査及び治療に係る医療機関（薬局）発行の領収書及び明細書（原本）
- ③ 申請者名義の通帳の写し

受給者番号

--