

様似町不妊治療助成交付申請書

年 月 日

様似町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

不妊治療費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。

| | | | |
|-----------------|----------------|--------------------|------------|
| (ふりがな) 夫の氏名 | () | 夫の生年月日 年齢 | 年 月 日 (歳) |
| (ふりがな) 妻の氏名 | () | 妻の生年月日 年齢 | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 交付申請額 | 特定 不妊 治療 | 一般不妊治療 | 円 |
| | | 生殖補助医療のみ | 円 |
| | | 生殖補助医療と 先進医療を併用 | 円 |
| | | 交通費 | 円 |
| 治療を受けた 医療機関名 | | | |

(添付書類)

- 1 不妊治療費用助成受診等証明書 (別記様式第2号)
- 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書
- 3 高額療養費の支給を受けている者は証明書の写し

| | | | | |
|-------------|-------|-------|------|-----|
| 振 込 先 | 金融機関名 | | | 支店名 |
| | 口座種類 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | | |
| | 名義人 | | | |