(様式第１号)　(第４条関係)

御代田町不妊治療費助成事業助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　御代田町長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　御代田町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者　の　氏　名 | 生　年　月　日 |
| 夫 |  | 　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 妻 |  | 　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 給付金の振込先 | 　　　　　銀行(信金・農協)　　　　　　　支店(支所) |
| 口座名義人　 |  |
| 　口座番号 | (普通・当座) |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　医　療　機　関　記　入　欄 |
| 診療開始日 |  |
| 診療期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| 診　療　額 | (保険診療適用外負担額)　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　　　　年　　　月　　　日診療機関住　　　所医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印主　治　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　上記の者について、不妊治療の必要があることを認めます。 |

※　この欄は記入しないでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給　付　決　定　額 | 　　　　　　　円 | 取扱者 |

* 添付書類

１　医師の意見書と領収書

２　住民票の写し

３　夫婦であることを証明できる書類

４　夫婦の納税証明書