

川本町長 様

申請者 住所
氏名 (印)
電話番号() ー

不育症治療費等助成申請書

川本町不育症治療費等助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

区 分	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	〒 - 電話() ー	
指 定 口 座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店
	現 金 種 目	1 普通 2 当座 3 その他()
	口 座 番 号	
	口座名義人	フリガナ
加入保険(夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
加入保険(妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
自 己 負 担 金 合 計	円	
助 成 金 額	円	

同意書

不育症治療費等助成決定のため、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することに同意します。

申請者 (印)

- 1 注意事項
- 太枠内を記入してください。
 - 戸籍の全部事項証明書又は個人事項証明書外国人登録原票記載事項証明書が必要となる場合があります。
- 2 添付書類
- (1) 不育症治療医師証明書(様式第2号)
* 自己の都合により複数の医療機関に受診する場合には、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。
- (2) 不育症治療等に要した費用の領収書及び明細書(原本)
- (3) 保険証の写し

(*担当課で記入)

受付印(受理年月日)	住民基本台帳 確認欄
	年 月 日