

五城目町一般不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

五城目町長 様

（申請者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

五城目町一般不妊治療助成金の交付を受けたいので、下記のとおり必要書類を添えて申請します。なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

夫	住 所		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 ( 歳)
妻	住 所		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 ( 歳)
交付申請額		円	
医療機関名			
添付書類		1 一般不妊治療費助成事業医療機関証明書 2 一般不妊治療を行った医療機関発行の領収書及び院外処方薬に係る薬局の領収書 3 夫婦それぞれの住民票 4 夫婦それぞれの納税証明書 5 夫婦の健康保険証の写し	
振 込 先	金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義	(カタカナ)	

