

様式第1号（第5条関係）

五城目町不育治療支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

五城目町長 様

(請求者)

住所 五城目町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、関係書類を添えて不育治療費の助成を申請します。

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。

|     |                  |          |                 |   |   |     |          |     |
|-----|------------------|----------|-----------------|---|---|-----|----------|-----|
| 申請者 | (ふりがな)<br>氏名     |          | 生 年 月 日         |   |   |     |          |     |
| 夫   | ( )              |          | 昭和・平成           | 年 | 月 | 日   | ( )<br>歳 |     |
| 妻   | ( )              |          | 昭和・平成           | 年 | 月 | 日   | ( )<br>歳 |     |
| 住所  | 〒                |          |                 |   |   |     |          | TEL |
| 申請額 | 円                |          |                 |   |   |     |          |     |
| 振込先 | 銀行               |          | 金融機関名           |   |   |     |          |     |
|     | 金庫               |          | 本店・支店           |   |   |     |          |     |
|     | 預金種別<br>(どちらかに○) | 普通<br>当座 | (ふりがな)<br>口座名義人 |   |   | ( ) |          |     |
|     | 口座番号             |          |                 |   |   |     | 左詰で記入    |     |

(添付書類)

1. 不育治療医療機関証明書（様式第2号）
2. 夫婦それぞれの住民票
3. 不育治療を行った医療機関発行の領収書

|       |       |                |
|-------|-------|----------------|
| ※町記入欄 | 受理年月日 | 年 月 日          |
|       | 決定年月日 | 年 月 日 承認 ・ 不承認 |
|       | 決定金額  | 円              |

様式第2号（第5条関係）

不育治療医療機関証明書

|              |      |   |
|--------------|------|---|
| 受診者          | 氏名   |   |
|              | 生年月日 | 年 月 日   |
| 治療実施<br>医療機関 | 治療期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日   |
|              | 治療内容 |   |
|              | 領収金額 | 円   |
|              |      | <p>上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名<br/>所在地<br/>名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> |