

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

※ 印鑑は夫婦別々の印鑑を使用して下さい。

(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. 夫婦それぞれの所得証明書
4. 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 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 所在地 名称</p> <p style="text-align: right;">印</p>