

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	()		年	月	日	(歳)	
妻	()		年	月	日	(歳)	
住所	〒 _____ TEL _____						
申請額	円 _____						
振込先	金融機関名		銀行		本店・支店		
	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

(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 _____

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>