

様式第1号（第5条関係）

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交付申請にあたり、引き続き五城目町へ在住するとともに、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 (※1)		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 (歳)
妻	住 所 (※2)		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 (歳)
交付申請額		円	
医療機関名			
過去の助成の有無	今年度、この助成事業の申請をしたことがありますか。 ある ・ ない (ある場合の助成額) _____ 円		助成時期 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費助成事業医療機関証明書 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療を受けた方の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の写し(所持している方のみ) <input type="checkbox"/> 高額療養費、付加(附加)給付金の決定額が確認できる書類(該当者の方のみ) <input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの納税証明書 (※3 無料交付申請に同意する□) <input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの住民票 (※4 無料交付申請に同意する□)		
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)	

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3 ※4 関係機関との間で個人情報共有することに同意することで、交付手数料が掛かりません。

様式第2号（第5条関係）

五城目町一般不妊治療助成金請求書

請求年月日 年 月 日

五城目町長 様

（申請者） 住 所 _____

氏 名 _____

一般不妊治療助成金を次のとおり請求します。

金 額 _____ 円

