

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

五城目町長 様

関係書類を添えて次のとおり先進医療等不妊治療費の助成を申請します。

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	年度 回目		円					
振込先	金融機関名		銀行		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

(添付書類)

- (1) 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した先進医療等不妊治療に要した治療費の領収書の写し
- (3) 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (4) 限度額適用認定証の写し(所持している方のみ)
- (5) 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)
- (6) 夫婦それぞれの住民票 (無料交付申請に同意します)
- (7) 夫婦それぞれの納税証明書 (無料交付申請に同意します)

様式第2号（第5条関係）

五城目町先進医療等不妊治療費助成金請求書

請求年月日 年 月 日

五城目町長 様

（申請者） 住 所 _____

氏 名 _____

先進医療等不妊治療費助成金を次のとおり請求します。

金 額 _____ 円