

中札内村不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

中札内村長 様

住 所
申請者
氏 名

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

診療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日	電 話 番 号
夫		S・H 年 月 日	
妻		S・H 年 月 日	
申請者と別の住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻）		
過去の助成の有無	過去に特定不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか。 無 ・ 有→過去（ 回）受けたことがある。 助成を受けた市町村名 中札内村・その他（ ）		
交 付 申 請 額	一般不妊治療		円
	特定不妊治療（保険適用）		円
	特定不妊治療（保険適用外）		円
診療を受けた医療機関名			
添付書類（複写可）	1 不妊治療費用助成受診等証明書（別記様式第 号） 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書 3 助成対象治療に係る薬剤明細書と領収書 4 高額療養費又は付加給付の支給を受けている者は証明書の写し		

〈調査同意書〉

中札内村不妊治療費助成金交付要綱第5条に規定する審査に際し、住民登録並びに村税の納税状況について、確認することに同意します。

申請者自署 夫 _____

妻 _____

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	指 定 口 座	1 普通	2 当座	口座番号							
	フリカナ										
	口座名義										