

(様式7)【第8条関係】

特定不妊治療費支援事業申請書

次のとおり関係書類を添えて、特定不妊治療費の支援(助成)を申請します。

No.

夫の氏名		年 月 日生 ( 歳)
妻の氏名		年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒	電話
※1 住 所	〒	※単身赴任等で、住所が異なる場合に記入してください。
住民となった日	年 月 日	※夫及び妻のいずれか早く住民登録をし、居住した日を記入してください。
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
治療医療機関名		
他の制度による助成受給の有無	・有(制度の名称/ ) ・無	
申請者氏名 夫及び妻が記名押 印	特定不妊治療費に係る一切の権限を 代表して行う者 _____ 印	_____ 印
<b>申請金額 金 円</b> 年 月 日		
厚真町長 様		
振込先金融機関の名称及び口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀行、信金、信組、農協、漁協	支店 普通 当座	(ふりがな)

※ 以下は記入しないでください。

(保険適用医療費を除く1回当たり治療費総額) - (他の制度による支援金) = 支援対象経費 ( 円) - ( 円) = ( 円)			
受付年月日		交付決定金額	受給者番号
決定年月日		円	
通知年月日			

書類確認欄

治療費支援申請書	治療証明書	治療に係る領収書	(道助成交付通知書)
----------	-------	----------	------------

決 裁	町 長	副町長	課 長	主 幹	主 査	担 当	合 議