不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

洞爺湖町長 様

下記のとおり不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

区分	夫	妻	
(ふりがな) 氏 名	()	()	
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	
加入医療保険			
住 所	〒 電話		
申請者氏名	同 意 書		
	助成申請について、申請医療機関と洞爺湖町が申請の事実を共有することに同意します。 洞爺湖町が、申請事項確認のため住民基本台帳、町税納税状況等について、公簿等を閲覧し調査することに同意し、申請します。		
	一切の権限を代表して行う者		
申請金額・回数	金 円 (回目) (うち保険適応分 円、保険適応外分の先進不妊治療分 円)		
必要書類	☐ 不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号） ☐ 医療機関の発行した領収書 ☐ 健康保険証の写し（夫婦とも） ☐ 通帳等の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるもの）		
振込先口座	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 □普通 支店 □当座 本所 支所 ()	口座番号
	フリガナ () 口座名義人		

洞爺湖町記入欄

決定年月日	年 月 日		収 受 印
認 否	承認	不承認 (理由)	
決 定 金 額	円		