

様式第1号

須恵町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

須恵町長 様

関係書類を添えて次の通り一般不妊治療費の助成を申請します。

また、助成決定後は、その決定額を請求します。下記の振込先に振り込んでください。

	氏 名	生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日 (今回の申請に係る治療開始年齢 歳)
住所	須恵町 電話番号： ()	
※住所	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合記入	
今回の申請にかかると治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療 医療機関	医療機関名	
	所在地	
申請額	円	本人負担額の1/2 (1円未満切り捨て) 上限50,000円
助成金 振込先	銀行・農協 金庫・組合	支店
	預金種目：普通・当座・貯蓄 その他 ()	口座番号 (左詰記入)
	フリガナ	
	口座名義人	

過去に、上記の夫婦で須恵町一般不妊治療費の助成を申請したことはありません。

担当者記入	決定年月日 (承認・不承認)	決定金額
	年 月 日	円

- 添付書類
- 1 須恵町一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
 - 2 夫および妻の医療保険証の写し
 - 3 夫婦の一方が町外に居住する場合には、町外居住についての申立書 (様式第3号)
 - 4 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書 (様式第4号)
 - 5 領収書、診療明細書の写し