

東員町不妊治療医療費助成金交付申請書

年 月 日

		申請回数		回目	
		(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	
申請者	氏名		夫・妻	昭・平	年 月 日生 (歳)
	住所	〒 連絡先電話 自宅携帯 ()			
配偶者	氏名		夫・妻	昭・平	年 月 日生 (歳)
	住所	〒 連絡先電話 自宅携帯 ()			
過去の不妊治療費受給の状況 (※該当する番号に○を記入・夫婦双方について記入)					
過去の不妊治療費受給の有無 夫 (無 ・ 有) 妻 (無 ・ 有) (有に○を記入した方のみご回答ください)					
助成を受けた時期及び額 夫 年 月 (円) ・ 妻 年 月 (円)					
申請内容	東員町長 水谷俊郎 様				
	関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。 ・本申請書の記載事項に相違ありません。				
	申請者氏名		配偶者氏名		
	_____ 印		_____ 印		
	(記名捺印)		(記名捺印)		
	申請金額 _____ 円				
に振込 限申込 り請口 ますの申 出座書 ()	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)
※ 受付年月日				(承認・不承認) ※決定年月日	
※ 受給者番号					
注) 1 太枠の中をご記入下さい。 注) 2 三重県特定不妊治療費助成を受けられた場合は、自己負担から助成金額を控除した額で、20万を限度とします。 (添付書類) 1. 不妊治療費助成事業受診等証明書 2. 医療機関発行の領収書の写し				※助成額	
				※夫婦合算所得 (確認年月日) _____ 円 (年 月 日)	