

東員町不妊治療医療費助成金交付申請書

年 月 日

		申請区分	保険適用分・回数追加等・先進医療		
		(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	
申請者	氏名		夫・妻	年 月 日生(歳)	
	住所	〒			連絡先電話 自宅携帯 ()
配偶者	氏名		夫・妻	年 月 日生(歳)	
	住所	〒			連絡先電話 自宅携帯 ()
<p>※申請区分が「回数追加等」の場合のみ記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第何子目の子に対する治療ですか。 第()子目 ・その子の治療に対して何回目の申請ですか。 ()回目 ※回数追加としての申請回数 ・他の自治体からの不妊治療費受給の有無 (無 ・ 有(自治体名:)) 					
申請内容	東員町長 宛				
	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。 ・以前の受給歴について、他自治体に確認すること、必要に応じて情報提供することに同意します。				
	申請者氏名		配偶者氏名		
申請金額 _____ 円					
に(振込口座申請者の口座出座書)に限り申請します。	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。 2. 東員町特定不妊治療費助成事業等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、第5条に規定する額を限度とします。 (添付書類) 1. 東員町不妊治療費助成事業 医療機関等証明書 2. 医療機関発行の領収書(原本)					※助成額