

塩谷町不妊治療費助成申請書

年 月 日

塩谷町長

様

住所 塩谷町大字

氏名 ㊟

電話

次のとおり不妊治療費助成金を交付されますよう、塩谷町不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

治療名				
治療を受けた夫婦の氏名		生年月日	住民となった年月日	加入保険名
夫		年 月 日	年 月 日	
妻		年 月 日	年 月 日	
婚姻年月日		年 月 日		
医療機関名				
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
領収書の合計金額 (保険適用外医療費)		円		
国・県からの助成の有無		有( 円) ・ 無		
加入保険からの助成の有無		有( 円) ・ 無		
助成申請額		円		
振込先		銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
		普通・当座		口座番号
		(ふりがな)		
		口座名義人		
町税の賦課及び納入状況について、		夫 氏名		
調査することに同意します。		妻 氏名		
添付書類	1 当該不妊治療に係る栃木県特定不妊治療費助成承認通知書の写し 2 当該不妊治療に係る領収書の写し 3 健康保険証の写し			