

様式第1号（第4条関係）

不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

塩谷町長 様

住 所 塩谷町大字

申請者氏名

㊞

電 話

()

年度において、塩谷町不妊治療費助成金を交付されるよう、塩谷町不妊治療費助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日	加 入 保 険 名
夫		年 月 日	
妻		年 月 日	
振 込 先 (郵便局以外)	銀行	支店	
	農業協同組合	支所	
	信用金庫・信用組合	支店・支所	
	(フリガナ)	預金種別	(普通・当座)
	口座名義	口座番号	

医 療 機 関 証 明			
受 診 者 名		生 年 月 日	年 月 日
治療名及び内容			
治療機関	年 月～ 年 月		
治療費	円 (保険診療費以外の合計金額)		
	円 (保険診療による自己負担分の合計金額)		
上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。			
医療機関所在			
名称			
主治医			
㊞			

【申請に必要な書類】

- ① 申請書
- ② 不妊治療に係る領収書
- ③ 加入している健康保険証（夫・妻とも）
- ④ 振込口座が確認できるもの（通帳）
- ⑤ 住民情報及び納税（非課税）情報確認の同意書