

不妊・不育治療助成事業助成金交付申請(請求)書

年 月 日

(宛先) 佐久穂町長

申請者

住 所 佐久穂町大字

氏 名 ㊟

電 話

下記のとおり、佐久穂町不妊・不育治療助成事業実施要綱により助成金の支給を受けたいので関係書類を添付して申請(請求)します。

なお、本助成金の申請にあたり、私たちの住民基本台帳の記録及び町税等の滞納情報について、照会・調査・閲覧されることについて同意します。

記

申 請 者 の 氏 名		生 年 月 日
夫		年 月 日生( 歳)
妻		年 月 日生( 歳)

診療機関記入欄	
診 療 開 始 日	年 月 日
診 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
不 妊 治 療 額 (保険適用外のみ)	円
不 育 治 療 額 (保険適用外のみ)	円
診療機関 住 所 氏 名 主 治 医	年 月 日  <span style="float: right;">㊟ ㊟</span>
上記の者について、不妊・不育治療を実施したことを証明します。	

※添付書類 領収書

振 込 先	金融機関名	支店名等
フリガナ 口座名義人		
口座番号	(普通・当座)	

※この欄は記入しないでください。

町税等の滞納に関する確認	有 ・ 無	取扱者
給付決定額	円	取扱者

※診療期間及び診療額は、治療内容ごととしてください。

※診療額は、それぞれ不妊または不育の保険適用外のみ治療額としてください。