

様式第1号(第5条関係)

不妊治療助成事業助成金交付申請(請求)書

年 月 日

(申請先)

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
診 療 額	円
うち自己負担分	円
診 療 機 関	年 月 日
住 所	
氏 名	㊟
主 治 医	㊟
上記の者について、不妊の治療を実施したことを証明します。	

※添付書類 領収書

給付金の振込先	銀行	支店・佐久浅間農協	支所
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。

給 付 決 定 額	円	取扱者
-----------	---	-----

※診療額のうち、自己負担額は不妊治療に要した経費のみとしてください。

※診療額及び自己負担額は限度額(4月から翌年3月分まで)としてください。