

八郎瀉町不育治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

八郎瀉町長 様

(請求者)

住所 八郎瀉町 _____

氏名 _____ ㊟

電話番号 () _____

関係書類を添えて次のとおり不育症治療の助成を申請します。

対象者	夫		妻	
ふりがな 氏 名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所				
申請金額	円 (治療に直接要した費用、ただし10万円を超える場合は10万円とする。)			
振込先	銀行 本店 ・ 支店 金融機関名 金庫			
	預金種別 (どちらかに ○)	普 通 当 座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号			左詰で記入

添付書類

- 1 不育治療医療機関証明書(様式第2号)
- 2 不育治療を行った医療機関発行の領収書