

八郎潟町不育治療助成金交付申請書

年 月 日

八郎潟町長 様

(請求者)

住所 八郎潟町

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 金融機関名 本店 ・ 支店 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