

一般不妊治療助成事業申請書

年 月 日

八郎潟町長 様

住所 八郎潟町 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

八郎潟町一般不妊治療助成金の申請にあたり、引き続き八郎潟町へ在住するとともに、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	夫	妻
ふりがな 氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住所		
不妊治療 自己負担額	医療機関自己負担分	① 円
	院外処方自己負担分	② 円
	他の法令等による助成金や交付金	③ 円
請求金額	① + ② - ③ 円	

(添付書類)

- (1) 八郎潟町一般不妊治療医療機関証明書
- (2) 医療機関及び薬局発行の領収書