

# 八郎潟町一般不妊治療助成事業申請書

年 月 日

八郎潟町長 様

(請求者)

住所 八郎潟町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費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		
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	
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) 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