

中標津町不妊治療費(先進医療)等助成事業申請書

年 月 日

中標津町長 様

申請者

印

中標津町不妊治療費(先進医療)等助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

中標津町が、申請事項確認のため住民基本台帳、戸籍謄本、町税等納付状況を閲覧し調査することに同意し、申請します。			
	夫		妻
(ふりがな) 氏名			
生年月日	年 月 日生 ( )歳	年 月 日生 ( )歳	
住所			
住所	※夫婦の住所が異なる場合に記入してください。		
連絡先			
<p>過去に、先進不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか。                  ・なし      ・ある → 中標津町 ( )回                  他市町村名 ( )</p> <p>※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名をご記入ください。                  氏名 ( ) 生年月日( )</p>			
申請金額	先進医療にかかった費用	円	
	交通費	円	
	合計	円	
振込先	銀行 信用金庫 組合	支店 本所	口座番号 当座 普通
			(フリガナ) 口座名義
添付資料	・不妊治療費等助成事業受診等証明書 ・治療に係る領収書及び明細書		

※ 助成単価は裏面参照