

様式第1号 (第6条関係)

吉田町不妊症治療費助成金交付申請書

年 月 日

吉田町長様

(申請者) 住所 吉田町

氏名

印

電話番号

不妊症治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫の 生年月日	年 月 日 ( 歳)	
(ふりがな) 妻の氏名		妻の 生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住 所	吉田町			
(夫と妻の住所が異なる場合、記入してください。)				
夫 ・ 妻				
加 入 医療保険	夫	保険者の名称		
		保険者番号		区分 本人・被扶養者
	妻	保険者の名称		
		保険者番号		区分 本人・被扶養者
不妊症	本人負担額	円	不妊症治療費助成事業受診等 証明書の領収金額と一致	
支 払 希 望 金 融 機 関	名 称	口座名義	口座種別	口座番号
	( 支店)	(申請者と同一)	普通・当座	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。 ( ) 年 ( ) 月頃 助成金を受けた自治体は ( ) 市町 ( )				

(添付書類)

- 1 吉田町不妊症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)、医療機関の領収書
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- 3 夫及び妻の所得額を証明する書類

申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

(以下は記入不要です。)

受給者番号		( 承認 ・ 不承認 ) 決定年月日	年 月 日
-------	--	--------------------	-------