

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
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
-------	--	--	--	-------------------	-------