

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