

一戸町不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金交付申請書

年 月 日

一戸町長 様

申請者 住所
氏名

印

一戸町不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交付申請額	円	指定医療機関で証明した特定不妊治療に要した費用から県助成金額を控除した額と 10 万円を比較して少ないほうの額		
夫	(ふりがな)		生年月日	年 月 日生 (歳)
	氏名			
妻	(ふりがな)		生年月日	年 月 日生 (歳)
	氏名			
住所	〒 電話			
夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入	〒 (夫・妻) 電話			
治療した指定医療機関	医療機関名			
	住所			
助成金の振込み先	金融機関名	支店名		
	口座の種類	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者と同じ名義とする。)			

備考 添付書類は、次のとおりです。

- (1) 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- (2) 不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書の写し
- (3) 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書の写し