

度会町特定不妊治療費（先進医療費）助成事業申請書

年 月 日

度会町長 宛

度会町特定不妊治療費の助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|------------|------------------------|----------|-------------|-----------------------|--|
| 夫 | (ふりがな) 氏名 | () | 年 月 日生 (歳) | | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 住所 | 〒 自宅 () | | | |
| | 電話番号 | 携帯 () | | | |
| 妻 | (ふりがな) 氏名 | () | 年 月 日生 (歳) | | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 住所 | 〒 自宅 () | | | |
| | 電話番号 | 携帯 () | | | |
| 先進医療を実施した日 | 実施した先進医療の名称 | 医療費 A | A×70% B | Bと50,000円の うち低い方の額 | |
| 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 合計 | | | | ① 円 | |
| 申請額 | (①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て) | | | | |

振込み先

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-------|----------------|-----------------|-----|--|--|--|-----------------|
| 振込口座 (申請者の 口座に限ります。) | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | | | | | | 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 普通 当座 | (ふりがな) 口座名義人 | () | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | (左詰記入) |

※太枠の中をご記入ください