

大間町不妊治療費助成金申請書

年 月 日

(宛先) 大間町長

不妊治療に要する費用に係る助成金の交付を受けたいので、大間町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記の内容に同意し、関係書類を添えて申請します。

【誓約事項】

- この申請に係る不妊治療において、他の自治体から助成金その他の給付を受けていません。
- この申請の審査のために、大間町の職員が申請内容等について他の自治体及び医療機関に対し照会することを承諾します。
- この申請の審査のために、大間町の職員が私の税務関係資料を閲覧することを承諾します。

ふりがな				
申請者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
電話番号		()		()
住所	〒			
夫婦の住所が異なる場合	〒 (夫・妻)			
交付申請額	円			

【添付書類】

- 医療機関より交付される不妊治療等に係る治療計画書の写し
- 不妊治療に係る領収書及び診療明細書の原本
- 限度額適用認定証の写し
- 振込口座の通帳の写し

【振込先】

金融機関	銀 行 金庫・組合 農協・漁協		本店・支店 出張所・支所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
ふりがな								
口座名義人								

【町記載欄】

算定	費用額	(A)	円	他給付・補助	(B)	円
	交付決定額	(A-B)	円	町税等滞納状況	有 ・ 無	