

様式第1号

大泉町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住 所 大泉町
氏 名
電話番号 ー

大泉町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、大泉町不妊治療費助成事業実施要項の規定により、関係書類を添えて申請します。

治療を受けた夫婦の氏名及び生年月日			
夫		年 月 日生	
妻		年 月 日生	

医 療 機 関 記 入 欄			
治療開始日	年 月 日	治療期間	年 月 日～年 月 日
診 断 名		治療内容	
治 療 費	(不妊治療にかかる保険診療適用外負担額)		円
患者氏名	年 月 日		
	医療機関		
	住 所		
	氏 名		
	※本人が署名しない場合は、 記名押印してください。		

他の地方公共団体の制度による助成額	円
-------------------	---

請 求 額	円
-------	---

注 請求額は、治療費（他の地方公共団体の制度による助成を受けている場合は、治療費として支払った経費から当該助成を受けた額を控除した額）の2分の1の額とする。ただし、請求額は、10万円を上限とする。

◆助成金の振込先

金融機関名	支 店 名	口座種別	口 座 番 号	口座名義（フリガナ）
		普通 当座		

※町記載欄

自己負担総額	他の地方公共団体の助成額	交付決定額
円	円	円