

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

和気町長 様

和気町不妊治療支援事業助成金申請書兼請求書

次のとおり、不妊治療支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請し、及び請求します。
なお、必要な場合は、国、都道府県、他市町村及び医療機関に申請の有無や領収金額について、照会することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		
		住 所	和気町	電話番号
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
		住 所	和気町	電話番号
不妊治療の本人負担額			円	
高額療養費・付加給付支給額			円	
申 請 金 額			円	
助成金振込先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	口 座 番 号			
	ふ り が な			
	口 座 名 義 人			

添付書類

- 1 和気町不妊治療支援事業受診証明書
- 2 和気町内に居住し、夫婦であることを証明する書類（別表1・別表2）
- 3 不妊治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 4 対象外経費の額が確認できる書類の写し ※該当者のみ

町 記 入 欄	受 理 年 月 日	年 月 日
	決 定 年 月 日	年 月 日 承認・不承認
	決 定 金 額	円