

様式第1号（第5条関係）

外ヶ浜町不妊治療支援助成金交付申請書

申請日 年 月 日

外ヶ浜町長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

受付印

ふりがな		ふりがな	
申請者名（治療者）		配偶者名	
生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳）	生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳）
住所（電話番号）	〒 外ヶ浜町字 (電話番号)		
医療機関名（所在地）	(所在地)		
治療受診状況（年度内20回を上限） <input type="checkbox"/> 蟹田 @1,000 <input type="checkbox"/> 平館 @1,500 <input type="checkbox"/> 三厩 @2,000			
1回目	年 月 日	11回目	年 月 日
2回目	年 月 日	12回目	年 月 日
3回目	年 月 日	13回目	年 月 日
4回目	年 月 日	14回目	年 月 日
5回目	年 月 日	15回目	年 月 日
6回目	年 月 日	16回目	年 月 日
7回目	年 月 日	17回目	年 月 日
8回目	年 月 日	18回目	年 月 日
9回目	年 月 日	19回目	年 月 日
10回目	年 月 日	20回目	年 月 日
@		× 通院回数計	回 = 申請金額合計
			円

【振込先】

金融機関名	銀行・農協・漁協 信用組合・金庫	本店	支店
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな		受付確認者印	
口座名義人			

添付書類…治療受診を証明する書類の写し（治療日の領収書、治療計画書など）、通帳の写し