

様式第1号(第4条関係)

那珂川町不妊等治療費助成金交付申請書

年 月 日

那珂川町長 様

申請者 住所 那珂川町
氏名
TEL

年度において、不妊等治療費助成金の交付を受けたいので、那珂川町不妊等治療費助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

記

治療区分	<input type="checkbox"/> 不妊症治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療		
治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	住民となった年月日	加入保険名
夫	年 月 日	年 月 日	
妻	年 月 日	年 月 日	
婚姻年月日	年 月 日		
医療機関名			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療適用外治療費			
国・県からの助成の有無	有・無(どちらかに○を)		
医療保険等からの助成の有無	有・無(どちらかに○を)		
助成金交付申請額			
振込希望口座	銀行 信用組合 農協 ふりがな 口座番号(普通・当座) 口座名義人 口座番号		

※ 添付書類

- ① 那珂川町不妊症・不育症治療受診証明書：領収書(コピー可)添付
- ② 住民票謄本(続柄・本籍の記載があるもの)
- ③ 完納証明書
- ④ ほかに助成金等の受給があるときは、その交付決定通知書等(コピー可)