

古平町不育症治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

古平町長 様

申請者 住 所 古平郡古平町大字
氏 名
電話番号 () - 印

古平町不育症治療費助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者の 氏 名	ふりがな		生年月日	年 月 日(歳)			
	氏 名		連絡先				
配偶者の 氏 名	ふりがな		生年月日	年 月 日(歳)			
	氏 名		連絡先				
住所 (夫婦の住所が異なる場合は、下段に記入してください)		〒 - 古平郡古平町大字					
		〒 - 古平郡古平町大字					
今回の治療に要した額		【検査費】	円	【治療費】	円 - ①		
北海道による助成額					円 - ②		
申 請 金 額					円 - ①-②		
振 込 先 金融機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫		本店(所) 支店(所)		預 金 種 別		
					普通 ・ 当座		
	ふりがな		口座番号				
口座名義人							
申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関及び調剤薬局等に照会することについて同意します。							
申請者氏名 _____ 印							

※ 添付書類：①道助成金に係る交付決定についての写し②道助成金の助成の決定の指令文の写し③道実施要綱第6条第1項第1号に定める不育症治療費助成事業受診等証明書の写し④検査・治療に係る領収書⑤事実婚関係に関する申立書（様式第5号）（届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合に限る。）⑥町長が必要と認めた書類⑦振込先金融機関確認書類