

邑南町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

邑南町長 様

申請者 住 所 邑南町
氏 名 ⑩
電話番号 () -

邑南町特定不妊治療費助成要綱第4条の規定により、次のとおり治療費の助成を申請します。

1. 申請者の状況

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日(歳)
住 所		
指 定 口 座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店
	現 金 種 目	1 普通 2 当座 3 その他()
	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人	フリガナ

2. 申請金額

申請金額	金 _____ 円 (今年度 回目、通算 回目)
	<内訳>
	本人支払額 _____ 円 (別添領収書のとおり)
	島根県助成額 _____ 円 差 引 _____ 円

同意書
特定不妊治療費助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。
申請者 ⑩

注意事項：太枠内を記入してください。

添付書類：①島根県が発行した特定不妊治療費助成事業承認決定通知書及び受診等証明書

②特定不妊治療費に係る領収書

(※担当課で記入)

第 期	受理年月日	住民基本台帳 確認欄
-----	-------	------------

	年 月 日	年 月 日
--	-------	-------