

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 (印)
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 (印)

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

②特定不妊治療費に係る領収書