

度会町特定不妊治療費（先進医療費）助成事業申請書

年 月 日

度会町長 宛

度会町特定不妊治療費の助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名	()	年 月 日生 (歳)		
	生年月日				
	住所	〒 自宅 ()			
	電話番号	携帯 ()			
妻	(ふりがな) 氏名	()	年 月 日生 (歳)		
	生年月日				
	住所	〒 自宅 ()			
	電話番号	携帯 ()			
先進医療を実施した日		実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70% B	Bと50,000円の うち低い方の額
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
合計					① 円
申請額		(①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て)			

振込み先

振込口座 (申請者の 口座に限ります。)	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(左詰記入)

※太枠の中をご記入ください