

北竜町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

北 竜 町 長 様

住 所 北竜町字
氏 名

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請いたします。

	夫	妻
(フリガナ) 氏 名		
生年月日	S・H 年 月 日生 () 歳	S・H 年 月 日生 () 歳
住 所	北竜町字 電話番号	

申 請 額			
保険適用となる費用		保険適用外となる費用	
(1)保険適用対象治療費用	円	(1)保険適用外治療費用	円
		(2)文書料	円
(2)院外処方費用	円	(3)院外処方費用	円
①計	円	②計（上限 15 万円）	円

※男性不妊治療を実施した場合

(1)保険適用対象治療費用	円	(1)保険適用外治療費用	円
		(2)文書料	円
(2)院外処方費用	円	(3)院外処方費用	円
③計	円	④計（上限 15 万円-②）	円

申請総額①+②+③+④	円
-------------	---

振込先	金融機関名・支店名		種類	口座番号
	銀 行 信用組合 信用金庫 農協組合	本店・本所 支店・支所 出張所	☐ 普通 ☐ 当座	
	口座名義人（フリガナ）			

（注）申請者と口座名義人は原則同一人物としてください。

同 意 書	
私たちは、北竜町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、北竜町長が住民基本台帳に関する公募を閲覧し、調査することに同意します。	
申請者自署	(夫) _____ (妻) _____