

苓北町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

	氏名		生年月日	
夫			年 月 日(歳)	
妻			年 月 日(歳)	
住 所	苓北町		連絡先	
住 所(妻)	苓北町 ※夫と住所が異なる場合のみ記入		連絡先(妻)	
振 込 先	<input type="checkbox"/> 町登録口座を使用する			
	金融機関名			銀行・農協・漁協 信金・信組・労金
	支店名			本店・支店・支所
	口座番号			種別 普通・当座
	名義人			
自己負担額	_____ 円			
今回申請する治療費について、高額療養費、付加給付金の支給を受けましたか 受けていない ・ 受けた → 高額療養費 (_____) 円 付加給付金 (_____) 円				

苓北町長

関係書類を添えて、上記のとおり苓北町不妊治療費の助成を申請(請求)します。

申請及び請求者 氏名 _____

助成申請額(請求額) _____ 円

同 意 書

不妊治療費助成金の額算定のため、申請者世帯の住民登録記載事項又は外国人登録記載事項及び納税状況の確認並びに必要な応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを苓北町が行うことに同意します。また、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。

署名 _____

※登録口座希望の場合は、登録口座に変更等ないか担当者が口頭で確認をお願いします。(担当者使用欄：□確認済)