

菰野町特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

_____年 月 日

菰野町長 宛

関係書類を添えて特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。
 なお、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

記

氏名		生年月日		
(ふりがな) 夫	()	年 月 日(歳)		
(ふりがな) 妻	()	年 月 日(歳)		
夫の住所	電話 () 携帯 ()			
妻の住所 (夫と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 夫と同じ 電話 () 携帯 ()			
先進医療実施日	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)			
振込先				
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)

<添付書類>

1. 菰野町特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書
2. 医療機関発行の領収書(原本) (先進医療分)