

浦幌町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

浦 幌 町 長 様

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電話番号

不育症治療費の助成を受けたいので、浦幌町不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日		
夫	()	年 月 日 (歳)		
妻	()	年 月 日 (歳)		
不育症治療費	助成対象経費(A)	北海道不育症治療費助成額(B)	<u>申請額</u> (限度額 20 万円) (A) - (B)	
	円	円	円	
浦幌町の不育症治療費助成金を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <u>今回が</u> <u>回目</u>				
助成金振込 金融機関名等	金融機関名		口座番号	口座名義人
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通・当座	
その他必要事項				

【添付書類】

- 1 北海道不育症治療費助成事業の助成決定通知書の写し
- 2 北海道知事に申請する際に添付する、不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 不育症治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 4 町税等の納入状況及び住民登録状況等確認同意書（第2号様式）