

武豊町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

武豊町長

申請者
住所
氏名 印
電話番号

武豊町不妊治療費等助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

	夫	妻	
氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	
住所			
加入医療保険	【保険者名】（ ） 【保険者番号】（ ） 【記号番号】（ ） 【区分】 本人 ・ 被扶養者 【資格取得年月日】 年 月 日	【保険者名】（ ） 【保険者番号】（ ） 【記号番号】（ ） 【区分】 本人 ・ 被扶養者 【資格取得年月日】 年 月 日	
不妊治療等を行った期間	年 月 日から	年 月 日まで	
医療費	自己負担額（A）	円（様式第2号の領収金額を記載）	
※保険適用分に限る	高額療養費（B）	円（認定証区分 ）	
	給付金（C）	円	
	A - B - Cの額（D）	円	
請求金額	円		
	※（D）もしくは20万円のいずれか少ない方を記入すること		
振込先	金融機関名	支店名	種別
※申請者名義に限る	銀行・信金	本店	1 普通
	農協	支店	2 当座
	口座番号		
	口座名義人（カタカナで記入）		

申請受理年月日		受理者	
---------	--	-----	--