別記様式第１号（第５条関係）

豊頃町不育症治療費助成交付申請書

　　　年　　月　　日

豊頃町長　　　　　　　　　様

申請者　住　所

氏　名

不育症治療費の助成を受けたいので、豊頃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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療を受けた夫婦の氏名 | 生年月日 | 電話番号 |
| 夫 |  | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 |  |
| 妻 |  | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 |  |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 診療を受けた医療機関名 |  |
| 添付書類 | ①不育症治療費受診等証明書（別記様式第２号）②治療に係る医療機関発行の領収書（コピー可） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振　　込　　先 | 口座振替指定金融機関 | 銀行　　　　　　　本　　支店金庫　　　　　　　本　支店農協　　　　　　　本所漁協　　　　　　　本所 |
| 指定口座 | １普通　　２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

別記様式第２号（第５条関係）

不育症治療受診等証明書

次の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

実施医療機関　所　在　地

名　　　称

主治医署名

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 年　　月　　日（　　歳） |
| 治療期間 |  |
| 治療内容 | ※保険適用外の検査名・治療名のみご記入ください。 |
| 治療金額(A) | 円※保険適用外の検査・治療にかかった金額のみをご記入ください。 |
| 文書料金(B) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計金額(A+B) | 円 |