

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			