

立山町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

立山町長 様

〒
 申請・請求者 住 所
 氏 名
 電 話 番 号 - -

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費助成金を申請及び請求します。なお、本申請にかかる必要事項の確認のため、夫婦及び同一世帯家族の町税等の滞納状況及び住民基本台帳の情報について町が調査すること並びに加入保険等に規定する他の助成や他市町村での助成の有無について関係機関に問い合わせることに同意します。

記

夫婦氏名等		夫	妻
	氏名		
	生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
	住所	〒	※夫と妻の住所が異なる場合のみ 〒
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回本人負担額	(A)	円	
国又は県から交付される助成金がある場合はその交付決定額	(B)	円	
医療保険給付金等がある場合はその金額	(C)	円	
交付請求額 (A-B-C)		円	
添付書類	1 立山町不妊治療費助成事業受診証明書 (様式第2号) 2 不妊治療費領収書の原本 3 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し 4 高額療養費や付加給付等の医療保険給付金等がある場合は、その金額が確認できる書類の写し、限度額適用・標準負担額減額認定証等 5 国又は県から交付される助成金等がある場合は、その交付決定通知書の写し等 6 その他 ()		

振込先	口座振替指定金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)
	フリガナ		
	口座名義		