

不妊治療における先進医療費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

松前町長 様

松前町不妊治療における先進医療費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて請求します。本申請の審査に関し、申請内容の確認のため医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	( )		年	月 日 ( 歳)
妻	( )		年	月 日 ( 歳) ※検査開始時の年齢
夫の住所	電話 ( )			
妻の住所 <small>(夫と同じ場合省略可)</small>	電話 ( )			
<input type="checkbox"/> 今回申請する不妊治療費用について、他自治体等において補助を受けていません。				
交付請求額 夫※1	金	円	上限額は、夫婦合わせて50,000円です。	
交付請求額 妻※1	金	円		
申請者				
氏名 (夫)		氏名 (妻)		
夫の分の補助金の振込先				
金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )	
口座番号	(左詰記入)			
妻の分の補助金の振込先				
金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )	
口座番号	(左詰記入)			

※1 不妊治療受診証明証の「患者負担額」と上限額（50,000円）のいずれか少ない額をそれぞれ「交付請求額」欄に記入してください。ただし、上限額は、夫婦合わせて50,000円です。

<添付書類>

- ・ 不妊治療受診証明書
- ・ 医療機関発行の領収書（不妊治療分）

この申請書は、町において交付決定した後は、補助金の請求書として取り扱います。