

川北町不妊症等治療費給与金交付申請書（請求書）

年 月 日

川北町長 宛て

申請者
住 所 川北町字
氏 名
TEL

川北町の条例の規定により治療費の支給を受けたいので申請します。
また必要時、公簿により夫婦の所得状況を確認することに同意します。

氏名

診療を受けた氏名		生 年 月 日
夫		年 月 日生
妻		年 月 日生

医 療 機 関 記 入 欄			
診療開始日	年 月 日	病名	
治療内容			
診療期間	年 月 日 ~	年 月 日分	
診療額	(保険診療適用外負担額)		円
患者氏名	医療機関		年 月 日
	住 所		
	氏 名		印

【添付書類】

- ・医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれるもの)
- ・夫婦それぞれの健康保険証の写し
- ・戸籍謄本または住民票(続柄の記載があるもの) ※初めて申請される方のみ
- ・振込先の口座番号が確認できる通帳またはキャッシュカードの写し
- ・(先進医療) 不妊治療費支援事業受診等証明書 ※先進医療を受けられた方のみ

振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫						支店
	預金種別 (どちらかに○)	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人(夫婦のどちらか)			()		
	口座番号						(左詰記入)	

※この欄は記入しないで下さい。

	交付決定額	円	取扱者	
--	-------	---	-----	--