

志賀町不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

志賀町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費の助成を申請します。

不妊治療に要した本人負担額 _____円 交付申請額 _____円

		夫	妻
(ふりがな) 氏 名		()	()
個 人 番 号			
生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住 所		〒 (電話)	〒 (電話)
1年前住所 (※1)			
過去1年間に居住した市町村 (※2)			
加入医療保険	保 険 者 名 称		
	保 険 者 番 号		
	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号		
	被 保 険 者 名		
	附 加 給 付 制 度	有 ・ 無	有 ・ 無
振込先	金 融 機 関 名		口座種別 普通 ・ 当座
	支 店 名		口座番号
	口 座 名 義 (申請者同一)	漢字使用不可。カタカナ及び英数字のみで記載してください。	

- 1 本申請の審査に必要な範囲で、住所及び所得調査等の確認を行うことに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。
- 2 本申請に係る特定不妊治療に対し、他の市町の助成を受けません。
- 3 本申請に係る一般不妊治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

(自署) 申請者氏名 _____

注意事項

- ※1 申請をしている最初の診療月の1年前の住所
- ※2 ※1以降に居住した市町村名 (異動がなければ記入不要)