

様式第1号（第7条関係）

大空町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

大空町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(電話番号 )

大空町不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
助成金交付申請額	円		
北海道による助成の有無	有 無 (助成金額 円)		
治療の対象となる子	第 子	本年度の申請 回数	回
振込先金融機関		預金種目	口座番号
		1 普通 2 当座 3 その他	
フリガナ			
口座名義			
上記の不妊治療費に係る助成金の受領を			㊟に委任します。
住 所 _____			
氏 名 _____			㊟

(添付書類)

- 1 北海道特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成の決定を受けた場合は、その交付決定書の写し
- 2 1以外の場合は次の書類
  - (1) 不妊治療受診等証明書
  - (2) 不妊治療を受けた医療機関及び当該医療機関が処方した不妊治療のための処方薬に係る調剤薬局発行の領収書