様式第１号（第７関係）

年 月 日

西和賀町長 様

申請者

　　　　　住 所

　　　　　　　 　　　氏 名 　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　電 話 　　　（　　　）

西和賀町（一般・特定）不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

　不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交 付 申 請（請求） 額 | | | 円 | | | |
| 治 療 費 総 額 | | | 円 | | | |
| 治 療 し た　医 療 機 関 | | | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 高額療養費等の給付の有無 | | | ・なし  ・あり 給付額 円 | | | |
| 加入医療保険  ※高額療養費等の支払を受けた受診者の場合 | | | 【種別】 | | | |
| 【区分】 | | | |
| 今回の申請にかかる治療期間 | | | 年 　月 　日 から 　　　年 　月 　日 まで | | | |
| 助 成 対 象 期 間（一般不妊治療の場合のみ記入） | | | ・助成対象期間 　　　年 　月から12か月 | | | |
| 過 去 の 助 成 の 有 無 | | | ・ない  ・ある→　　　回 自治体名 | | | |
| 受診者 |  | |  | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 配偶者 |  | |  | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 配偶者の住所 | |  |  | | | |
| （申請者と住所が異なる場合に記入） | | |  | | | |
| 助成金の振込先 |  | |  | | | |
| 振込先金融機関名 | |  | | | |
| 口座番号 | |  | | | |
| 西和賀町不妊治療費助成金交付のため、町が医療機関等に問い合わせることに同意します。  申請者 配偶者 　　　　 ㊞ | | | | | | |