

様式第1号(第5条関係)

西栗倉村不育治療助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

西栗倉村長 様

次のとおり、不育治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、必要な場合は、都道府県、他市町村及び医療機関に申請の有無や領収金額について、照会することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	印		
	住所	西栗倉村	電話番号	
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	印		
	住所	西栗倉村	電話番号	
申請金額		円		
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座番号	普通 当座		
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 西栗倉村生殖医療専門医医療機関受診証明書
- 2 西栗倉村不育治療実施医療機関受診証明書
- 3 村内に1年以上居住する夫婦であることを証明する書類（住民票）
- 4 不育治療を行った医療機関発行の領収書の写し

村記入欄	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日 承認・不承認
	決定金額	円