

様式第1号(第5条関係)

西栗倉村不妊治療助成事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

西栗倉村長 様

申請者
住所 西栗倉村

氏名

電話番号

次のとおり、不妊治療助成事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、必要な場合は、都道府県、市町村及び医療機関に申請の有無、領収金額及び対象者の資格について、公簿等で照会することに同意します。

申請者	夫		生年月日	年 月 日
	氏名			
	妻		生年月日	年 月 日
	氏名			
申請金額		円		
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	口座番号	普通 当座		
	ふりがな			
	口座名義人			

添付書類

- 1 西栗倉村不妊治療助成事業受診証明書
- 2 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）
- 3 不妊治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 4 治療費用に対し、生命保険や社会保険（高額療養費等）などで補填された額が記載されている書類（該当者のみ）