

特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

湯梨浜町長 様

標記助成金について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

申請者兼請求者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名	Ⓜ	生年月日 (和暦)	年 月 日 ( ) 歳	
	現住所	〒	電話		
配偶者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日 (和暦)	年 月 日 ( ) 歳	
	現住所	〒	電話		
※申請者と異なる場合に記入					
助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。					
振込先	ふりがな		預金種別	普通 ・ 当座	
	口座名義人 (※申請者名義)	Ⓜ	口座番号		
	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所		
申請内容	特定不妊治療		治療内容	該当に☑ <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 保険診療 【治療区分】※該当区分に○ A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F	
算定基準額	金	円			
県交付決定額	金	円			
その他助成金	金	円			
交付申請額	金	円			
過去の助成実績	あり ⇒	( ) 回			
	なし	その他 : 鳥取県から ( ) 回			
交付審査上の承諾欄 (該当箇所に☑してください)	(全市町村該当) <input type="checkbox"/> 私 (申請者) 及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することについて承諾します。				

市町村記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---