

隠岐の島町一般不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

隠岐の島町長 様

申請者 住 所 隠岐の島町

氏 名 _____
連絡先 _____

下記のとおり隠岐の島町一般不妊治療助成金の交付を申請します。

記

	氏 名	生年月日	住民登録日	婚姻の日
夫		年 月 日	年 月	年 月
妻		年 月 日	年 月	
申請回数		回目 (年度申請)		
不妊治療開始年月		年 月開始 (治療 年目)		
交付申請額		円 (上限年額 9 万円)		
助成金振込先	銀行	支店	預金種類	普通 当座
	信金	支所	口座番号	
	農協		口座名義	

不妊治療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額 (円)	治療の種類 (該当に○)	備 考
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
合 計			

治療の種類

1 診察 2 検査 (頸管粘性検査・性交後検査等) 3 処置 (卵管通気検査・子宮管造影検査・子宮鏡検査等) 4 ホルモン剤等 5 その他 ()

関係書類：戸籍抄本、医療機関証明書(様式第2号)、医療機関が発行した一般不妊治療に係る領収書を必ず添付してください。(様式第2号は、県助成等の証明書写しを添付する場合は不要です。)