

飯豊町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

飯豊町長 後藤 幸平 様

申請者 住 所 飯豊町大字

氏名 (夫) 印

氏名 (妻) 印

電話番号

飯豊町不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

交 付 申 請 額	円
-----------	---

助成額：負担した医療費の半額

医療機関記入欄 (この欄は医療機関から証明を受けて下さい)			
患者氏名		患者生年月日	
治療開始日	年 月 日	治療終了日	年 月 日
主な治療内容			
治療費 (不妊治療に 要した費用のみ)	保険診療総点数	点・被保険者負担額	円
	保険診療適用外本人負担額		円
上記の通り、不妊治療をしました。 <div style="text-align: center;">             年 月 日              医療機関 住所              名称              主治医              電話番号           </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>			

添付書類 ①当該不妊治療の領収書 (複写後返却します)

②当該不妊治療で投薬を受けた方は、薬の領収書又は薬局からの証明

③住民票謄本 (続柄記載と指定して下さい。役場窓口で印鑑必要)

④飯豊町の納税証明書 (夫婦 2 人分 役場窓口で印鑑必要)