

田尻町総合的不妊不育治療費助成申請書

年 月 日

田尻町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

受診者との続柄

下記のとおり検査・治療に要した費用について必要書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
受診者名			
フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
パートナーの氏名			
申請理由			
夫の住所		夫の連 絡先	
妻の住所		妻の連 絡先	
振込み 指定金融 機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫		本店 支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (受診者と同一)		支 給 決定額
			円

私は、田尻町が、助成申請にかかる審査に必要な範囲で、戸籍、住民票、所得額及び高額療養費の給付状況等の確認を行うことに同意します。

受診者氏名

- 検査・治療を受けた日の属する年度の3月末までに申請してください。

※ただし、当該年度分治療が3月までである場合は4月末までに申請してください。