別記様式第1号(第5条関係)

津別町特定不妊治療費（先進医療）助成交付申請書

＜申請者＞

津別町長　　様　　（申請日）　　年　　月　　日

下記のとおり、先進医療に要した費用の助成金交付を申請します。
なお、申請内容の確認、交付決定のため、津別町が住民基本台帳を閲覧すること及び他市町村に情報を照会し、又は提供することに同意します。
また、本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に照会することについて同意します。

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名		個人番号	この手続きでは個人番号の記入は不要です
		日中連絡先	
住所		続柄	□本人 □その他(　　)

＜対象者＞

	氏　名	生年月日
夫		年　月　日（　歳）
妻		年　月　日（　歳）
住所	□申請者と同じ	

申請額（治療費）	円
申請額（交通費）	円
申請額　合計	円

過去にこの助成金を受けたことはありますか

□　はい　→（通算　　回）　（助成を受けた自治体　　）　□　いいえ

今回の治療分の助成金を他の自治体で申請していますか

□　はい　□　いいえ

〈受取口座〉

口座名義人	ふりがな			
銀行 信金・労金 信組・農協	本店・支店 出張所・本所	口座番号		
		□ 普通		
		□ 当座		