

津別町特定不妊治療費助成交付申請書

<申請者>

津別町長		様	(申請日)	年	月	日
下記のとおり、特定不妊治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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	

<対象者>

	氏 名	生年月日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
申請額	円 ※申請額=a-b	
a. 自己負担額(保険適用分) 円 b. 付加給付額(高額療養費等) 円		

※自己負担額には保険診療外による治療費を含めることはできません。

津別町で特定不妊治療の助成金を受けるのは初めてですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → (通算 回)
今回の治療分の助成金を他の自治体で申請していませんか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<受取口座>

口座名義人	ふりがな				
		口座番号			
銀行 信金・労金 信組・農協	本店・支店 出張所・本所	<input type="checkbox"/> 普通			
		<input type="checkbox"/> 当座			