

玉城町特定不妊治療費助成申請書(先進医療用)

_____年 ____月 ____日

玉城町長 宛

玉城町特定不妊治療費の助成を受けたいので、玉城町特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、申請内容の確認のため必要事項を調査することを承諾し、他の地方公共団体における特定不妊治療費受給状況について照会すること及び他の地方公共団体に対し玉城町特定不妊治療費の助成状況を必要に応じて提供することに同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日 (年 齢)		
夫	()	年	月	日 (歳)
妻	()	年	月	日 (歳)
住 所	電話 ()			
住 所 (※夫婦で異なる場合に記入)	電話 ()			
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A × 70% B	Bと50,000円の うち低い方の額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計				① 円
申請額	((①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て)			
振込先(申請者本人の口座に限る)				
金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
口座番号				(左詰記入)