

年 月 日

茨城町不育症治療費助成金交付申請書

茨城町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

茨城町不育症治療費助成事業実施要綱第 条の規定により、茨城町不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

	夫	妻
フリガナ		
氏名		
生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
住所 (申請者と異なる場合記入)		
電話番号 (申請者と異なる場合記入)		
加入医療保険		
* 町記入欄	住定年月日 ( 年 月 日)	住定年月日 ( 年 月 日)

支払額	(保険適用外の治療において支払った額)
申請額	(支払額と 5 万円を比較して低い方の額)
これまでの助成の有無	なし あり ( 年 月) 助成額 ( 円)

【添付書類】

- 1 不育症治療費医療機関受診証明書  2 領収書・診療報酬明細書 (医療機関発行)   
 3 その他町長が必要と認める書類