

不妊症及び不育症治療費助成事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

喬木村長 殿

申請者 住所  
氏名  
(電話)

下記のとおり、喬木村不妊症及び不育症治療費助成事業実施要綱により助成金の支給を受けたいので、関係書類(領収書)を添付し申請します。

記

受診者の氏名		生年月日		婚姻年月	
夫		年	月	日生	年 月
妻		年	月	日生	
不妊治療に要した額 (自己負担額)		A	有	無	円
村以外の助成金の有無		B	有	無	円
高額療養費支給の有無		C	有	無	円
申請額(A-B-C)		円			
助成決定額(※この欄は記入してください)		円			

< 添付書類 >

- ・ 領収書      ・ 医師意見書
- ・ 県の決定通知書(※)      ・ 高額医療または限度額認定書類(※)

※ 申請者のみ