

年度東北町不妊症・不育症治療通院費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東北町長 様

申請者 住所  
氏名 ⑩  
電話

東北町不妊症・不育症治療通院費助成金の交付を受けたいので、東北町不妊症・不育症治療通院費助成事業助成金交付要綱の規定により下記のとおり申請・請求します。

記

通院対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日(歳)	昭和・平成 年 月 日 ( )
	申請者との続柄	本人・その他 ( )
	申請回数	初回 ・ 2回目以降( 回目)
医療機関名 住 所		

通院月	通院日(通院した日を○で囲んでください)	通院回数
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	回
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	回
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	回

医療機関所在地	基準額	通院回数	金額
上十三圏域内	1,000円	回	円
上十三圏域外	1,500円	回	円
通院助成金申請・請求額			円

振込先	金融機関	銀行・信用金庫・農協・信用組合						
		支店・本店						
	口座の種類・番号	普通 ・ 当座						
	ふりがな							
口座名義								

【添付書類】

- 申請者名義の預金通帳の写し
- 通院に係る領収書及び明細書の写し
- その他必要書類(薬剤情報提供書等 )

※太枠の中をご記入ください。