

様式第1号（第5条関係）

井川町不育治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

井川町長 様

(請求者)

住所 井川町 _____

氏名 _____ 印

電話番号 () _____

関係書類を添えて次のとおり不育症治療の助成を申請します。

対象者	夫		妻					
ふりがな 氏 名								
生年月日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月	日
	(歳)				(歳)			
住所								
申請金額	円 (治療に直接要した費用、ただし10万円を超える場合は10万円とする。)							
振込先	金融機関名		銀行		本店 ・ 支店			
			金庫					
	預金種別 (どちらかに ○)	普 通 当 座	(ふりがな) 口座名義人		()			
口座番号								左詰で記入

添付書類

- 1 不育治療医療機関証明書(様式第2号)
- 2 不育治療を行った医療機関発行の領収書
- 3 夫婦の住民票（住民票で夫婦であることが確認できない場合は戸籍謄本）

様式第2号（第5条関係）

不育治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	治療内容	
	領収金額	円
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。	
		年 月 日
		医療機関 所在地 名称
		印