

## 中頓別町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

中頓別町長 様

下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

	夫		妻	
(フリガナ) 氏名	( )		( )	
生年月日	昭・平 年 月 日生 ( ) 歳		昭・平 年 月 日生 ( ) 歳	
加入 医療保険				
住所	〒 枝幸郡中頓別町字  TEL			
北海道不育症治療費助成受給の有無			有 ・ 無	
不育症 治療	不育症治 療費総額	円	治療に要した負担額の合計から北海道不育症治療費助成金を差し引いた本人負担額	
	助成金 申請額	円	上記の額で1回15万円を上限とする	
助成金の 振込先	(フリガナ) 口座名義		( )	
	金融 機関名	( ) 信金・農協・銀行 本店 ・ ( ) 支店		
	口座種別 ( 普通 ・ 当座 )		口座番号 ( )	
申請者 氏名	同意書  中頓別町が、申請事項確認のため住民基本台帳、町税納税状況等について、 公簿等を閲覧し調査することに同意し、申請します。			
	一切の権限を代表して行う者		印	印
添付書類	1 不育症治療費助成医療機関受診証明書（様式第5号）又は道に提出した不育症治療費助成事業受診等証明書（保福第455号様式）の写し 2 北海道不育症治療費助成事業交付決定指令文の写し 3 不育症治療費の領収書の写し 4 医療被保険者証の写し			
中頓別町 処理欄	決定日	年 月 日		交付決定額
	内容	交付 ・ 不交付		円