

様式第 1 号

豊丘村めばえ支援事業支援金交付申請書(請求書)

平成 年 月 日

豊丘村長 下平 喜隆 殿

申請者 住所 豊丘村 (河野・神稲) 番地  
氏名 印  
( TEL - - )

下記のとおり、豊丘村めばえ支援金交付要綱により支援金の支給を受けたいので、申請(請求)します。

記

申請者記入欄

受診者の氏名		生 年 月 日		
夫		昭和・平成	年	月 日
妻		昭和・平成	年	月 日
給付助成金の振込先金融機関名		銀行	本店	
		信金	支店	
		農協	支所	
口座の種別及び口座番号				
(フリガナ)		( )		
口座名義人				
県助成事業への申請		有 (予定を含む) ・ 無		
		県への申請(予定)	年月日	平成 年 月 日

医療機関記入欄

診 療 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
診 療 額	(保険診療適用外負担額) 円
上記の主な治療内容 当てはまるものに☑をしてください	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 顕微授精
保険医の意見	上記の者は、不妊治療が必要であり、申請のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 療養取扱機関の所在地及び名称  保 険 医 氏 名  印

この欄は記入しないでください

診療額	円	県助成金	円	給付決定額	円
-----	---	------	---	-------	---

※ (診療額-県助成金) ÷ 2 = 給付決定額、ただし1年度につき15万円を限度とする。

事務取扱者

印