

様式第1号（第6条関係）

上士幌町生殖補助医療費等助成金交付申請書

年 月 日

上士幌町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

Ⓜ

電 話 番 号

下記のとおり生殖補助医療費等の助成を申請します。

申請額

円※別紙 申請額E

		夫		妻	
ふりがな					
氏 名					
生年月日		年 月 日生まれ(歳)		年 月 日生まれ(歳)	
治療費		円 ※別紙 申請額B			
交通費		円 ※別紙 申請額C			
受給額		円 ※別紙 申請額D			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	ゆうちょ の場合	店名	店番
	口座番号				
口座名義人 (申請者)		(フリガナ)			

<調査同意書>

上士幌町生殖補助医療費助成交付要綱第6条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税等の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。

必 要 書 類	
(1)	上士幌町生殖補助医療費等助成金受診等証明書 (様式第2号)
(2)	生殖補助医療費に係わる領収書及び明細書 (院外処方薬に係るものを含む)
(3)	事実婚関係に関する申立書 (様式第3号) ※必要者
(4)	高額療養費の給付又は付加給付に関する通知書等
(5)	別紙(生殖補助医療費及び交通費等申請金額内訳書)
(6)	その他、対象者の確認に必要な書類等

氏 名	調査同意
申請者	Ⓜ
配偶者	Ⓜ