

和泊町特定不妊治療旅費助成事業申請書兼請求書

申請者 住 所

氏 名

電話番号

和泊町特定不妊治療旅費助成事業実施要綱第5条の規定により、不妊治療旅費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 生（ 歳）
妻		年 月 日 生（ 歳）
受診医療機関名		
治 療 期 間	年 月 日 ~	年 月 日

（請求額）

	ア 申請額	イ 町助成上限額	ア又はイの低い額
交 通 費	円	円	円
宿 泊 費	円	円	円
小 計			円
請求金額（小計に3分の2を乗じた額で100円未満の端数は切り捨て）			円

（振込先）

金融機関名	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

（町記入欄）

添付書類	確認欄	受付印
特定不妊治療受診等証明書		
不妊治療に要した費用の領収書の写し		
交通費及び宿泊費の領収書（正本）		