

様式第1号（第5条関係）

めばえ支援助成金交付申請書（請求書）

年 月 日

松川町長

申請者

住所

氏名

㊞

電話

下記のとおり、めばえ支援助成金交付要綱により助成金の支給を受けたいので、関係書類を添付し申請します。

記

受診者の氏名		生年月日		
夫		年	月	日
妻		年	月	日
不妊治療に要した額 (自己負担額)	A	有	無	円
町以外の助成金の有無	B	有	無	円
高額療養費支給の有無	C	有	無	円
申請額(A-B-C)		円		
助成決定額(※この欄は記入しないでください)		円		
助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

<添付書類>

- ・領収書
- ・めばえ支援事業医師意見書
- ・県の決定通知書(※)
- ・高額医療または限度額認定書類(※)

※申請者のみ

めばえ支援事業医師意見書

年 月 日

医療機関

住 所

名 称

主治医

印

下記の者については、不妊症・不育症 の治療が必要であることを認めます。

記

氏 名	夫		妻	
生年月日				
診療開始日	年	月	日	
診療期間	年	月	日	～ 年 月 日
主な治療				
特記事項				