

金山町不妊治療助成申請書

	氏名	生年月日	年齢	住所
申請者		年 月 日	才	金山町大字
配偶者		年 月 日	才	※申請者と住所が異なる場合のみ記入
振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫・組合		
	本・支店	本 ・ 支店		
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他 番号)		
	口座名義人	(フリガナ)		

金山町長 様

関係書類を添えて、金山町不妊治療助成事業による助成金を申請します。

また、申請者に係る婚姻の事実世帯の住民登録の記載事項及び納税状況の確認並びに必要に応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを金山町が行うこと、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。

申請者(同意者)	氏名	印
配偶者 (同意者)	氏名	印
助成申請額		円

- 《金山町処理欄》 医療費領収書の写し 診療明細書の写し
- 婚姻の事実を証するもの 保険証(申請者・配偶者)
- 他の助成金、附加給付、高額療養費の額がわかる書類
- 通帳等の写し(名義・口座番号の分かるもの) その他 ()

一部負担金額	附加給付額	高額療養費	その給付額	自己負担額 (助成額)
(A)	(B)	(C)	(D)	A・(B+C+D)
円	円	円	円	円