

様式第1号（第7条関係）

田上町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

（宛先）田上町長

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

（配偶者氏名 \_\_\_\_\_）

電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、田上町不妊治療費助成を受けたいので申請します。

申請する不妊治療	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療		
申請する額	_____ 円		
振込指定機関	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協	口座番号	普通 当座
	本店 支店	ふりがな 口座名義人	

添付書類

- ① 田上町不妊治療費助成事業受診等証明書
- ② 保険医療機関等発行の領収書・診療明細書
- ③ 申請者名義の通帳の写し