

日の出町長 あて

日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

氏 名		生 年 月 日
(ふりがな) 申 請 者		年 月 日 (歳)
(ふりがな) 配 偶 者		年 月 日 (歳)
申請者住所	〒 電話 ()	
申 請 額	_____ 円	

〔添付書類〕

- (1) 特定不妊治療費（先進医療）に係る領収書の写し
- (2) 東京都に提出した特定不妊治療費（先進医療）助成金事業受診等証明書の写し
- (3) 東京都から交付された特定不妊治療費（先進医療）助成金承認決定通知書の写し

特定不妊治療費（先進医療）助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店 番 号	口座番号（普通口座）
銀行 本店		
信用金庫 支店		
農協		
口座名義 (カタナ)		
口座は、申請者名義のものに限ります。		