

玉城町特定不妊治療費助成事業申請書
(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用)

_____年 _____月 _____日

玉城町長 宛

玉城町特定不妊治療費の助成を受けたいので、玉城町特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、申請内容の確認のため必要事項を調査することを承諾し、他の地方公共団体における特定不妊治療費受給状況について照会すること及び他の地方公共団体に対し玉城町特定不妊治療費の助成状況を必要に応じて提供することに同意します。

次の項目について確認し、間違いがなければ口にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療について、保険適用の上限回数を終了しています。 <input type="checkbox"/> 申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。							
	(ふりがな) 氏名			生年月日(年齢)			
夫	()			年	月	日	(歳)
妻	()			年	月	日	(歳)
住所	〒			電話	()	携帯	()
住所 (※夫婦で異なる場合に記入)	〒			電話	()	携帯	()
申請額	円						
振込先(申請者本人の口座に限る)							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(左詰記入)