

様式第1号

上川町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

上川町長 様

申請者（夫又は妻が自署）

住 所

氏 名

㊟

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 夫の氏名		生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
		保険の種類	国保・組合国保・健保・共済・生保・他
(フリガナ) 妻の氏名		生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
		保険の種類	国保・組合国保・健保・共済・生保・他
上川町に対してこの助成金を申請するのは 今回が初めて ・ () 回目			
助成申請額	※内訳については裏面に記入してください。 【検査】金 _____ 円 【治療】金 _____ 円 申請金額【合計】金 _____ 円		
北海道による 助成の有無	有 ・ 無 助成金額 (_____ 円)		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店	預金 種別
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	普通 当座
同意書 私たちは、上川町不育症治療費助成事業の交付要件確認のため、上川町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧・調査することを同意します。 年 月 日 氏名 夫 _____ ㊟ 妻 _____ ㊟			

※自署の場合は、押印の省略可

※上川町記入欄

申請受理年月日	年 月 日
助成の可否	承認 ・ 不承認 (理由 _____)

様式第1号

(裏面)

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額医療費 (付加給付含む) C	計 A+B-C
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
16	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
17	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
18	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
19	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
20	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円