

(様式第1号)

青木村不育症治療費給付金交付申請・請求書

年 月 日

青木村長 殿

青木村不育症治療費給付金交付条例の規定により給付金の交付を申請・請求します。

給付金申請額 _____円

保険診療適用外負担額 _____円 (A)
県補助金額 _____円
村給付金の額 _____円

申請者記入欄

申請夫婦			
夫	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日生
妻	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日生
住所	青木村大字	電話番号	— —
振込先			
金融機関名		支店名	支店・支所
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(添付書類) 領収書

医療機関記入欄

診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
診療費(検査費含む)	保険診療適用外負担額 (A) _____円
上記申請者について不育症治療等を行ったことを証明します。	
医療機関所在地	
名 称	
主 治 医 _____ (印)	