

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

伯耆町長 様

申請者
住所
氏名

年度伯耆町不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書

この度、不育症治療等を実施したので、伯耆町補助金等交付規則第19条の規定により報告するとともに、同規則第6条の規定により下記のとおり申請します。なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

また、伯耆町不育症治療費助成金の交付における審査に当たり、私及び配偶者の住所等を住民基本台帳等で確認することを承諾します。

記

| | (ふ り が な) 氏 名 | 生 年 月 日 |
|--------------------|--|---------|
| 夫 | () | 年 月 日 |
| 妻 | () | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 電話 () | |
| 夫婦の住所が異なる場合 | 〒 | |
| 過去の助成受給の有無 | 助成なし・助成あり 伯耆町から () 回 他自治体 () から () 回 | |
| 治療期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 検査内容又は治療内容 (※1) | | |
| 医療機関 支払額 (※2) | 円 | |
| 助成対象不育症治療費 (※3) | 円 | |
| 助成金申請額 (※4) | 円 | |

※1 伯耆町不育症治療等実施医療機関証明書に記載されている「検査内容又は治療内容」となります。

※2 領収書の額となります

※3 不育症治療等実施医療機関証明書に記載されている「助成対象費用」となります。

※4 本町の助成金の額は、助成対象不育症治療費の額の5割となります。

<添付書類>

- 1 医療機関が発行した不育症治療等に係る領収書の写し
- 2 医療保険証の写し
- 3 不育症治療費助成金請求書（様式第2号）
- 4 不育症治療等実施医療機関証明書（様式第3号）