

様式第1号(第5条関係)

北相木村不妊治療費助成事業申請・請求書

北相木村長 様

申請者 住所 北相木村 番地  
 氏名 ⑩  
 電話( — )

下記のとおり関係書類を添えて不妊治療の助成を申請・請求します。  
 なお、本申請の審査に係る住居確認、夫婦確認及び関係機関への照会や情報提供に同意します。

記

夫	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生( 歳)
妻	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生( 歳)
振込先	金融機関名	長野八ヶ岳農協北相木支所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	名義人	

※添付書類 治療費領収書

審査欄	上記申請について交付・不交付と認め処理してよろしいでしょうか。	村長	副村長	課長	係長	担当者
	助成金額 円					

様式第2号(第5条関係)

### 北相木村不妊治療受診証明書

下記の者が不妊治療を受けたことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名称・主治医氏名 \_\_\_\_\_ (印)

	夫	妻
受診者名		
生年月日		
受診期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
主な治療	該当する治療方法に○印をして下さい。 1 人工授精    2 体外受精    3 顕微授精 4 その他(                      )	
治療費 (保険診療適用外負担額)		円
特記事項		