（様式第１号）

青木村不育症治療費給付金交付申請・請求書

平成　　　年　　　月　　　日

青木村長　殿

申請者　住　所　青木村大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先　　　　　（　　　）

青木村条例の規定により給付金の交付を申請・請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　療　を　受　け　た　者　の　氏　名 | | 生　年　月　日 |
| 夫 |  | 年　　　月　　　日生 |
| 妻 |  | 年　　　月　　　日生 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療　機　関　記　入　欄 | |
| 診療開始日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 診療期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 診療費（検査費含む） | （保険診療適用外負担額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下記の者が不育症の治療を受けたことを証明します。  　平成　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

※添付するもの　領収書・診断書（初回のみ）

　給付金の振込先　　金融機関名

　　　　　　　　　　（支店・支所）

　　　　　　　　　　口座名義人

　　　　　　　　　　預金の種類　普通・当座　　口座番号

※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付決定額 | 円 | 取　扱　者 |  |