

青木村不妊症治療費給付金交付申請・請求書

年 月 日

青木村長 様

申請者 氏 名 _____

住 所 青木村大字 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

青木村不妊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。

〔 保険診療適用外本人負担額 _____ 円 長野県から助成を受ける金額 _____ 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
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、長野県の交付決定通知

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）	保険診療適用外本人負担額 _____ 円
上記申請者について不妊治療を行ったことを証明します。	
医療機関名	
住 所	
代表者名	
（署名又は記名押印）	

この欄は記入しないでください。

給付決定額	円	取扱者	
-------	---	-----	--