

遠方の医療機関での妊産婦等交通費助成申請書(不妊治療)

年 月 日

湯沢町長 様

住所 〒

氏名

電話番号

下記の通り不妊治療のために受診しましたので、領収書及び診療明細書の写しを添えて助成の申請をします。

なお、本申請に係る審査に当たり、湯沢町が住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

記

受診者								
住所地								
医療機関名	名称							
	住所							
受診日	1	年	月	日	8	年	月	日
	2	年	月	日	9	年	月	日
	3	年	月	日	10	年	月	日
	4	年	月	日	11	年	月	日
	5	年	月	日	12	年	月	日
	6	年	月	日	13	年	月	日
	7	年	月	日	14	年	月	日
振込先	金融機関名				支店名			
	預金種別	普通 ・ 当座			口座番号			
	フリガナ							
	口座名義							

※申請には領収書、診療明細書の写しが必要です。