

様式第1号

横瀬町マイ・エンゼル支援事業助成金交付申請(請求)書

年 月 日

横瀬町長

様

申請者 住所 横瀬町大字

氏名

印

電話番号

横瀬町マイ・エンゼル支援事業助成金の交付を受けたいので申請(請求)します。

本人記入欄				
	氏名	生年月日	加入保険	婚姻年月
夫		年 月 日		年 月
妻		年 月 日		
自己負担額		円	助成金額	円
振込先金融機関				
金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合		支店 出張所	
口座番号			種別	普通・当座
口座名義	カタカナ -----			

医療機関記入欄	
不妊治療開始日	年 月 日
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
診療額	(自己負担額) 円
患者氏名	
病名	
治療内容	
医師の処方せんに基づいて投薬した場合は下欄も医療機関が記入してください。	
投薬内容	
上記のとおり診療・投薬したことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 名称 担当医師 電話番号	
印	

添付するもの・医療機関が発行する領収書

- ・投薬がある場合は、薬剤内訳書に調剤薬局が発行する領収書を添付して、いっしょに提出してください。

様式第1号の2

薬 剤 内 訳 書

患 者 氏 名			
薬 剤 名	単 価	数 量	金 額
	円		円
計			円
自 己 負 担 額			円
医師の処方せんに基づき上記のとおり調剤したことを証明します。 年 月 日 調剤薬局所在地 名称 代表者氏名 電話番号			
			印

領 収 書 添 付 欄