

	氏名	生年月日	年齢
申請者		年 月 日	才
配偶者		年 月 日	才
申請者住所 連絡先	磐梯町大字 字 電話番号 ()		
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入		
通院先 医療機関	医療機関名		
	所在地		
振込先	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 組合	
	本・支店	本 ・ 支店	
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他 No)	
	口座名義人	(フリガナ)	

磐梯町長 様	
関係書類を添えて、上記のとおり磐梯町生殖補助医療交通費支援事業による助成金を申請します。 また、磐梯町生殖補助医療交通費支援事業助成金の額を算定するため、必要に応じ磐梯町以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供、並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。	
申請者(同意者)	氏名
交通費助成申請額	円

- 《磐梯町処理欄》
- ☐ 通院状況確認書（様式第 2 号）

☐ 書類等確認

☐ 医療費領収書・診療明細書の写し

☐ 治療期間が確認できる書類（このとり支援事業 様式第 2 号の写し等）

☐ 事実婚関係を確認できる書類（このとり支援事業 様式第 6 号・戸籍謄本の写し等）

☐ 振込先口座が分かる書類(通帳等の写し)