田野畑村一般不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

田野畑村長　　　　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。なお、助成金支払

事務にあたり、田野畑村が住民基本台帳及び夫婦の所得状況を確認すること、また、領収書

の内容を医療機関に確認することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額 | 円 | | 1年度に医療機関において受けた医療保険各法に基づく保険給付が適用及び適用されない一般不妊治療に要した額と5万円を比較して少ないほうの額 | | | | | |
| 夫 | （ふりがな）  氏　名 | |  | | | 生年月日 | | 年 月 日生  （　　　歳） |
| 加入医療  保険 | | 種別 | 国民健康保険・組合健保・健保・共済・その他 | | | | |
| 保険者番号 | |  | | 区分 | 本人・被扶養者 |
| 妻 | （ふりがな）  氏　名 | |  | | | 生年月日 | | 年 月 日生  （　　　歳） |
| 加入医療  保険 | | 種別 | 国民健康保険・組合健保・健保・共済・その他 | | | | |
| 保険者番号 | |  | | 区分 | 本人・被扶養者 |
| 住　所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　） | | | | | |
| 夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　） | | | | | |
| 治療した医療機関 | | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　） | | | | | |
| 助成金の  振込先 | | 金融機関名 | | | | 支店名 | | |
| 口座の種類　　普通・当座 | | | | 口座番号 | | |
| 口座名義人（申請者と同じ名義とする。） | | | | | | |
| 過去の  状況 | | 同年度中に他の地方公共団体で一般不妊治療の助成を受けたことがありますか。  　ない・ある　→ある場合、助成を受けた地方公共団体名（　　　　　　　　　） | | | | | | |

備考　添付書類

　（1）田野畑村一般不妊治療医療機関受診等証明書

（2）医療機関の発行した一般不妊治療に係る領収書の写し

（3）住民票（本籍及び続柄が記載された世帯全員のもの）