

様式第 1 号（第 7 条関係）

関川村不育症治療費助成申請書

年 月 日

関川村長

不育症治療費の助成を受けたいので、関川村不育症治療費助成事業実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請に係る住民基本台帳、村税等の納税状況等及び医療機関等における情報について、村が必要と認めるときは、調査を行うことに同意します。

申 請 者	夫	フリガナ			生年月日
		氏 名	印		年 月 日 (歳)
	妻	フリガナ			生年月日
		氏 名	印		年 月 日 (歳)
住 所		〒959-32 関川村大字			
		※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒959-32 関川村大字			夫 ・ 妻
連 絡 先		— —		夫 ・ 妻	自宅 ・ 携帯
婚姻関係		婚姻 ・ 事実婚（事実婚の申立書を添付）			

※申請書の夫婦氏名欄は、自署又は自署ではない場合は押印してください

【裏面へ】

治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
助成申請額	治療費	①治療費（自己負担額）	円
		②国又は他団体からの助成額	円
		③高額療養費等の額	円
		④小計（①-②-③ ※100円未満切り捨て）※申請年度上限10万円	円
	旅費	⑤交通費（実費×1/2）	円
		⑥国又は他団体からの助成額	円
		⑦小計（⑤-⑥ ※100円未満切り捨て）※申請年度上限1万円	円
		⑧宿泊費（実費×1/2）	円
		⑨国又は他団体からの助成額	円
		⑩小計（⑧-⑨ ※100円未満切り捨て）※申請年度上限5千円	円
⑪合計額（④+⑦+⑩）		円	

下記指定口座への振り込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合				本店 支店				
	預金種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

※申請内容に偽りがあった場合や相違があり、要件に該当しなかった場合には、支払った助成額を返還することになります。

【提出書類】

- ☐ 関川村不育症治療受診等証明書（様式第2号）
- ☐ 当該年度に支払った領収書
- ☐ 診療明細書
- ☐ 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合に限る）
- ☐ 国、他団体からの助成又は高額療養費及び付加給付金の支給を受けた場合は、その支給額を確認することができる書類