

不妊・不育治療費等助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（あて先） 関川村長

申請者 住所： 〒 ー

氏名：

電話： 固定電話 夫携帯 妻携帯

関川村不妊・不育治療費等助成交付金要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名			加入医療保険	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	保険者名 (発行機関)		(本人・扶養) 記号 番号
妻	(ふりがな) 氏名			加入医療保険	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	保険者名 (発行機関)		(本人・扶養) 記号 番号
夫婦の住所 (申請者住所に同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※夫婦住所が異なる場合は様式第2号 (事実婚に関係に関する申出書) を提出してください。			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 〒 ー		
申請内容	<input type="checkbox"/> 治療費 <input type="checkbox"/> 旅費 (<input type="checkbox"/> 交通費・ <input type="checkbox"/> 宿泊費)		申請回数	回目 (前回 年度)	
申請額 (④+⑦)			円		
治療費	申請年度の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日
	①治療に要した自己負担額				円
	②他の方公共団体からの助成額				円
	③高額療養費等の額				円
	④治療費計 アかイどちらかに記入	ア. 保険診療(①-②-③×1/2)※1,000円以下切り捨て(上限額15万円)		円	
	イ. 保険適用外診療(①-②-③)※1,000円以下切り捨て(上限額40万円)		円		
旅費	⑤交通費				円
	⑥宿泊費				円
	⑦旅費計(⑤+⑥)※100円以下切り捨て				円
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		支店名	本店 支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

【添付書類】

- 事実婚に関する申立書 (様式第2号) ※事実婚の場合に限る
- 保健医療機関等証明書 (様式第3号)
- 治療費に関する領収書※医療機関等が発行した領収書等
- 旅費に関する領収書等※交通費、宿泊費として支払ったことがわかる書類等
- 他で助成を受けた場合は、当該年度の通知書や証明書

承諾書

助成金の申請にあたり、住民基本台帳及び課税資料などの個人情報の調査・閲覧すること、又は医療機関等に照会することに承諾します。※下記に氏名を自署してください。

夫氏名(自署)： _____ 妻氏名(自署)： _____