

三原村不妊治療費助成金交付申請書

三原村長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

三原村不妊治療費助成金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成金を申請します。また、この申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

助 成 年 度		年 度		
助 成 事 業		☐ 一般不妊治療（ 年目/5年） ☐ 特定不妊治療（ 回目/6回）		
夫	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所		電話番号	
妻	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所		電話番号	
申 請 金 額	①一般不妊治療費	円		
	②特定不妊治療費	円		
	③差引額 (保険給付金、県助成額)	円		
	金 円 (①+②-③)			
他市町村等による 助成金等の有無	☐ 有	(有の場合、その内容)		
	☐ 無			
添付書類		(1)三原村不妊治療費助成金医療機関受診等証明書（様式第2号）※ (2)不妊治療に要した費用の領収書 (3)婚姻関係の確認できるもの（村で確認できない場合、又は事実婚の場合） (4)医療保険の資格情報が確認できる書類等、限度額認定証の写し (5)医療保険給付金、県特定不妊治療助成金、他市町村助成金の額が確認できる書類 (6)その他村長が必要と認める書類		

(注) ※ 県の助成を受けている場合は、「高知県特定不妊治療支援事業医療機関受診等証明書」の写しをこの証明書に代えることができます。(特定不妊治療費助成申請の場合に限る。)

村記入欄

受給者番号		住民となった年月日		年 月 日	
算 定 額	費用合計(領収額) A	円	保険給付金、県助成額 B	円	
	助成対象額 A-B	円	暫定助成額 C	円	
	他市町村助成額 D	円	決定助成額 C-D	円	