

生殖補助医療費助成金交付申請書

年 月 日

東村長 宛

申請者 住所

氏名 印

東村生殖補助医療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

氏名	夫	生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号		
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号		
過去の助成実績	○本村で助成を受けた回数 (回) ○他の市町村で過去に助成を受けた回数(回)		
給付を受けようとする助成金の額		円	

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	本申請の審査において、夫婦の村税等の収納状況を閲覧することに同意します。	
	氏名 夫 妻	印 印

(添付書類)

- 1 生殖補助医療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
 - 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - 3 夫及び妻の住所地を証明する書類(住民票・免許証など)
 - 4 夫及び妻の健康保険証の写し
 - 5 県の承認決定通知書がある方は、その写し及び治療に要した領収書の写し
 - 6 生殖補助医療費助成金請求書(様式第3号)
- ※添付書類2と3については、本村で証明できる場合は省略することができます。

(裏面)

(村記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	年 月 日
受給者番号		過去の助成回数	
算 定 額	費用額 (A)		円
	県、その他助成金額 (B)		円
	助成金対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審 査	○住民票 住定日(年 月 日) 適・不適		
	○村税 適・不適 ()		
	○国民健康保険税 適・不適 ()		
	○住宅使用料 適・不適 ()		
	○保育料 適・不適 ()		
	○給食費 適・不適 ()		
	○水道料 適・不適 ()		
	○その他、村の徴収する利用料及び負担金等 適・不適()		