

大蔵村特定不妊治療費(先進医療)助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大蔵村長 殿

申請者氏名 _____ ㊞

大蔵村特定不妊治療費(先進医療)助成事業実施要綱5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|--------------------|--|----------------|-------|-------------|-----|--|
| | 申請者 | | | 配偶者 | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | | 年 月 日生 (歳) | | |
| 住所※ | 〒 | | | 〒 | | |
| | 電話 () | | | 電話 () | | |
| 過去の本村及び他市町村からの助成状況 | 有 (回) 無 | 自治体名 | 時 期 | 自治体名 | 時 期 | |
| | | | 年 月 | | 年 月 | |
| | | | 年 月 | | 年 月 | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合・農協 支店 | | | | |
| | 口座種別 | 普通 | フリガナ | | | |
| | | 当座 | 口座名義人 | | | |
| 口座番号 | | | | | | |
| 同意欄 | <p>私は、申請にあたり、大蔵村長が、私及び配偶者の住民基本台帳及び納税台帳について照会すること、並びに助成金交付状況について他市町村に照会すること、領収証及び診療明細書等の内容を医療機関に照会することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名(自署) _____</p> | | | | | |

注) ※は夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください

【添付書類】

- ① 先進医療を含む生殖補助医療または特定不妊治療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書(いずれも治療費支払全額分)の写し
- ② 申請者名義の預金通帳の写し(口座名義等が確認できるもの)

職員記入欄

| | | |
|------|---|---|
| 申請内容 | 43歳までの方 | 43～46歳までの方 |
| | A.先進医療を含む生殖補助医療のうち、先進医療分に係った費用 円 | B.先進医療を含む特定不妊治療に係った費用(文書料及び流産、死産を含む出産に係る費用は除く) 円 |
| 申請金額 | A×10分の7(10円未満切捨て)と5万円いずれか低い額 円 | Bと10万円いずれか低い額(10円未満切捨て) 円 |

