

東海村長 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

電話番号

東海村不育症治療費助成金交付申請書

東海村不育症治療費助成金の交付を受けたいので、東海村不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付事務にあたり、住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することを同意します。

夫氏名	ふりがな 生年月日 年 月 日（ 歳）
妻氏名	ふりがな 生年月日 年 月 日（ 歳）
居住地	（〒 - ） 東海村
加入医療保険（夫）	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他 【区分】本人・被扶養者
加入医療保険（妻）	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他 【区分】本人・被扶養者
医療機関名	所在地 電話番号 -
不育症治療等に要した費用（保険診療分は除く。）	金 円
助成金申請額（上記費用の1/2 年間150,000円を限度、1,000円未満切捨て）	金 円
これまでの助成の有無	有・無 有の場合：いつ（ 年 月） 助成額（ 円）
交付決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。	
金融機関名	支店名
預金種別	口座番号
フリガナ 口座名義	

<添付書類>

- 1 東海村不育症治療医療機関証明書
- 2 領収書・診療報酬明細書（医療機関発行）
- 3 婚姻関係及び住所が確認できる書類
- 4 健康保険証等の写し
- 5 その他村長が必要と認めた書類

交付決定の決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当

本票審査者