様式第１号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

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・組合国保・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・組合国保・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 |
|  |  |  |  |  |