泰阜村不妊治療費助成事業申込書

					年	月	日
泰阜村長	樣						
			申込者				
			住 所	泰阜村			番地
			氏名				印
			電話番号	륫			
下記のと	おり、泰阜村不妊治療費助成	金の申し	込みをし	ます。			
		記					
	氏名		生年月日	3		婚姻年	.月
夫	氏名		生年月日年				
夫妻	氏名			月 日		婚姻年年	
妻	氏名		年 月	月 日			月
妻		日 日	年 月 年 月 から	月 日		年	月
海 海 治療予定	対間(年月	日・・・役場記入欄	年 月 年 月 から	月 日		年	月
海 海 治療予定	(期間(年月	日・・・役場記入欄	年 月 から 	月 日		月	月日)
妻 治療予定 泰阜村((期間(年月	日・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	年 月 から 	年	事業に	年月のいての	月日)
妻 治療予定 泰阜村(工期間(年 月 工生所を有して1年以上経過してい	日・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	年 月 から ロボ	月 日 日 年 新療費助成 交付申記 医療機関	事業にご	年 月 ついての 	月日)
妻 治療予定 泰阜村(工期間(年 月 工生所を有して1年以上経過してい	日 ・・・役場記入欄 いること 配布	年 月 から ロボ	月 日 年 涂療費助成 次付申記	事業にご	年 月 ついての 	月日)

長野県助成事業への申請の有無(予定を含む)

他団体からの補助金等の有無

その他

泰阜村不妊治療費助成金交付申請書(請求書)

夫の氏名	ふりかな				坦	B桁兀(电前	百留 写)		
大の八名									
	ふりがな					_	_		
妻の氏名									
				<u> </u>		———— 年	三 月	日	
泰阜村長 様						·	, ,	, .	
X-11X X	下記のとおり	表自村不	妊治療費助成	・全のな	が付を受けた	・いので関係	系書網 を汲	5付して	
	申請します。	· **+111	/III/// E 6/1//	1312,422		-1 00 (1010	N E XX C II	" 1 O C	
	なお、私の世			务関係	資料を不妊	治療費助成	文事業事務	5担当者	•
	が閲覧するこ	.とを承諾し	ます。						
申請者	泰阜村			釆	地				
住 所	水平们			(田)	715				
					r'n				
氏 名					印				
申請額	金				円				
振込先		1 7, 7, 7	, 层.山曲 切			-	本店		\neg
1灰丛元	全融機関名	1.みなみ信州農協 金融機関名 2.八十二銀行			支店				
	亚鼠及民名	3.飯田信					<i>></i> \/\ta		
	預金種別	1. 当座		普通					1
	17/ III 12/4	- 1 - 7,22			ふりがな				-
	口座番号				口座名義人				
					口座石我八	•			
県助成事業の申請の有	無 長野県不好光	*春春助成事	業の助成を受	シゖキ	したか				
21022/20 1-210 /2 1 HIJ /2 117	・受けていない		X -> -> 3/1/X C >	(1) 5	01210 6				
	文のていない								_
	・受けた	(助成時期	年	月	目	金		円)	
他団体からの助成の有象	無 この申請以前	jに他の各種	団体が実施し	してい	る不妊治療	費に対する	補助金等	 を受け	
	ましたか。								
	・受けていない								
	・受けた	団体名							
		助成時期	年	月	目	<u>金</u>			円
申請受付年月日		年	月		日				
決定年月日	(承記	忍・不承認)				交付決定	定額		
		年	月 日					円	
プロジャリ 人の押し	<u> </u>	<u> </u>							
不承認の場合の理由	日								

(注)太枠の中を記入してください。

(添付書類)

医療機関証明書(様式第3号)

自己負担額の内訳表(様式4号)

治療に対する領収書の写し

他団体から補助金等を受けたことを証明するもの(県助成金も含む)

医療機関証明書

夫の氏名	(生年月日		年	<u>.</u>	月		日生)
妻の氏名	(生年月日		年		月		日生)
治療実施期間	年	月	日	から	年	月	日
主な治療内容							
その他特記事項							
上記の者については不妊の治療を	 行ったことを	:証明し	 _ます。				
				年	月		日
	療機関名						
	/ATIXIDI/II						
 	治医氏名					印	

不妊治療費自己負担額の内訳表

治療年月日	自己負担額	診療機関又は薬局名
	円	
年月	円	
	円	
	円	
年月	円	
·	円	
	円	
年月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
	円	
年 月	円	
	円	
合計	円	

[※]申請年度内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。 受領の都度、受領金額(自己負担額)の記入をお願いします。

[※]上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。なお、未払金は対象とはなりません。 ※治療費の自己負担額が15万円を超えたらなるべく早めに交付申請をお願いします。