

泰阜村不妊治療費助成事業申込書

年 月 日

泰阜村長 様

申込者

住 所 泰阜村 番地

氏 名 印

電話番号

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	婚姻年月
夫		年 月 日	年 月
妻		年 月 日	

治療予定期間（ 年 月 日 から 年 月 日 ）

----- 役場記入欄 -----

泰阜村に住所を有して1年以上経過していること	
助成金交付についての説明と用紙の配布	<input type="checkbox"/> 不妊治療費助成事業についての説明書 <input type="checkbox"/> 様式2 交付申請書(請求書) <input type="checkbox"/> 様式3 医療機関証明書 <input type="checkbox"/> 様式4 自己負担金内訳表
不妊治療を行う予定の医療機関	
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	ふりがな	連絡先(電話番号) - -
妻の氏名	ふりがな	

年 月 日

泰阜村長 様

下記のとおり、泰阜村不妊治療費助成金の交付を受けたいので関係書類を添付して申請します。  
 なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を不妊治療費助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

申請者 泰阜村 番地  
 住所  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

振込先	金融機関名	1. みなみ信州農協 2. 八十二銀行 3. 飯田信用金庫	本店 支店
	預金種別	1. 当座          2. 普通	
	口座番号		ふりがな
			口座名義人

県助成事業の申請の有無 長野県不妊治療費助成事業の助成を受けましたか。

- 受けていない 理由 \_\_\_\_\_
- 受けた (助成時期 年 月 日 金 \_\_\_\_\_ 円)

他団体からの助成の有無 この申請以前に他の各種団体が実施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 日 金 \_\_\_\_\_ 円)

申請受付年月日	年 月 日
決定年月日	(承認・不承認) 年 月 日
	交付決定額 円
不承認の場合の理由	

(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 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 医療機関名 主治医氏名 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
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	
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。

