

下郷町不妊治療・不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

下郷町長

申請者 住所  
氏名

(対象者との続柄： )

関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

フリガナ				
氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
住所	〒 - -		電話 ( - - )	
住所2 ※夫婦の住所 が異なる場合	〒 - -		電話 ( - - )	
過去における 申請の有無	1. 無			
	2. 有 (リセットする場合→理由 <input type="checkbox"/> 子の出生 (子の生年月日: ) <input type="checkbox"/> 12週以降の死産 (初めて申請したとき・リセット後の治療開始日の年齢: 4 3歳⇒ <input type="checkbox"/> 未満・ <input type="checkbox"/> 以上)			
	申請時期	自治体名	助成金額	備考
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
助成申請額	A 自己負担額合計 (食事療養費、入院室料、室料差額、文書料等の費用、 処方箋によらない医薬品等は除く) _____ 円			
	B 高額療養費又は附加給付の給付額 _____ 円			
	C 県等からの助成金額 (該当する場合) _____ 円			
	D 助成対象額 (A - (B+C)) _____ 円			
	E 申請額 (助成上限額まで) ※千円未満の端数切捨て _____ 円			
同意欄	<p>不妊治療・不育症治療費助成金交付申請にあたり、支給の決定に関して、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____ 氏名 _____ 印 _____</p>			

下郷町記載欄

申請受理年月日	
(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号	