

様式第 1 号 (第 5 条関係)

麻績村不妊治療費助成金交付申請書 (実績報告書)

年 月 日

麻績村長 様

申請者

住所 麻績村 番地

氏名 ㊟

電話

麻績村不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

(太枠の中をご記入ください。)

申請者記入欄

氏 名		生年月日		麻績村での住民登録状況	
夫		年	月	日	年 月から
妻		年	月	日	年 月から
過去の出産の有無	無・有 (回)	申請回数		回目 (前回 年度)	
<p>助成金の交付申請にあたり、村が保有する私の住民登録状況・村税等の納付状況などの個人情報をご覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">(夫) 氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">(妻) 氏名 ㊟</p>					

以下、担当課記入欄

受付	No. (回目、前回 年度申請)
夫住民登録確認	年 月 日登録・登録無
妻住民登録確認	年 月 日登録・登録無
助成金決定額	

(裏面もご記入ください。)

医療機関及び保険薬局証明欄

申請年度の不妊治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
病名：	※ 治療費（薬剤費）のうち自己負担額 _____ 円
患者氏名 _____	年 月 日
医療機関・保険薬局 住所 氏名（名称） ㊞	

※ 申請年度（4月1日から翌年3月31日まで）内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局ごと別葉として記入し証明してください。

自己負担額の内訳（医療機関・保険薬局証明欄）

治療年月	自己負担額	村記入欄
	治療分	治療分
年 4 月	円	
5 月	円	
6 月	円	
7 月	円	
8 月	円	
9 月	円	
10 月	円	
11 月	円	
12 月	円	
年 1 月	円	
2 月	円	
3 月	円	
合 計	円	円

上記の自己負担額の領収書の原本を申請時に必ず提出してください。なお、提出できない方は、領収書の原本とそのコピーをお持ちください。

なお、文書料等の不妊治療と認められない自己負担額及び未収金は、対象になりません。