

様式第1号(第4条関係)

昭和村不妊治療費助成金交付申請書

昭和村長 様		申請日	年 月 日	
申請者		氏 名		生年月日
	夫			年 月 日生
	妻			年 月 日生
	住 所	〒 利根郡昭和村大字 電話 ()		
	住所(2) (夫婦の住所が異なる場合)	〒	(夫・妻) 電話 ()	
*助成金交付申請額		円	*治療に要した夫婦負担額(千円未満は切り捨てる)を助成対象額とし、15万円を限度額とします。	
助成金の振込先	(ふりがな) 口座名義人 *申請者いずれかの口座		金融機関名	
			支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

同 意 書

- 上記申請のため、
- ① 法律上の婚姻関係にあること
 - ② 昭和村に1年以上住所を有していること、又は申請の日から1年以上村内に居住することを約束した者
 - ③ 世帯の納税状況

について確認することに同意します。

申請者 住 所 昭和村大字
氏 名

印

添付書類	1 昭和村不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書(様式第2号)
	2 医療保険証の写し

*昭和村 処理欄	申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付

昭和村不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		(生年月日)
			年 月 日生
			年 月 日生
	住所	〒 利根郡昭和村大字 電話 ()	

* 上記の者について、下記のとおり不妊治療を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診 断 名	
	診療期間	年 月 日から	年 月 日	
	主治医氏名	年 月 日		印

医療機関 保険薬局 記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 点	
		被保険者負担額 円	
		(2) 保険診療適用外 負担額	円
	(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
	医療機関・保険薬局 の住所・氏名 又は名称		
		印	

* 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。