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 | 印 | 　 年　 月 　日生 |
| 妻 | 印 | 　　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　交付・不交付 |
| 受付番号 |  |

様式第2号(第4条関係)

**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 |
| 　　　　　　　　　 年　　　月　　　日主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 1. 保険診療適用外

負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 1. 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。**