

北塩原村不育症治療等助成事業交付申請書及び請求書

	氏名	生年月日	年齢	住所
申請者		年 月 日	歳	北塩原村大字
配偶者		年 月 日	歳	※申請者と住所が異なる場合のみ記入
振込先	金融機関名	銀行 ・ 農協 ・ 金庫 ・ 組合		
	本・支店	本 ・ 支店		
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他	番号	
	口座名義人	(フリガナ)		

北塩原村長 様

関係書類を添えて、上記のとおり北塩原村不育症治療費助成事業による助成金を申請します。  
 また、申請者に係る婚姻の事実世帯の住民登録の記載事項及び納税状況の確認並びに必要な  
 じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを北塩原村が行うこと、村税等の納付状況を  
 閲覧することに同意します。

申請者(同意者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

配偶者(同意者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

補助申請額 \_\_\_\_\_ 円

- 《北塩原村処理欄》
- 保険証(申請者・配偶者)
  - 医療機関証明書(様式第2号)
  - 医療費領収書の写し
  - 診療明細書の写し
  - 他の助成金、附加給付、高額療養費の額がわかる書類
  - 福島県不育症治療費助成承認決定通知書の写し

一部負担金額 (A)	附加給付額 (B)	高額療養費 (C)	その他給付額 (D)	自己負担額(助成額) A - (B+C+D)
円	円	円	円	円

北塩原村不育症治療等助成事業医療機関証明書

受診者	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
診断及び治療 実施医療機関	受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名	
	※該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 ( ) <input type="checkbox"/> 内分泌異常 ( ) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ( ) <input type="checkbox"/> 子宮異常 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記のとおり、不育治療を行ったことを証明します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 所在地 (医療機関) 名称 医師名 印	

※証明内容について、本人同意のもと北塩原村職員が問い合わせする場合があります。

様

北塩原村長

印

北塩原村不育症治療等助成事業交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました、北塩原村不妊治療費助成金につきまして、下記のとおり助成金の支給を決定いたしましたので通知します。

記

申請者氏名	
申請者住所	
補助金決定額	円
支払予定日	
備考	

※ 偽り、その他不正な手段等で補助金の交付を受けた場合は、返納の義務が生じます。

年 月 日

様

北塩原村長

印

北塩原村不育症治療等助成事業不承認決定通知書

年 月 日付で申請のありました、北塩原村不妊治療助成事業助成金交付申請につきまして、下記の理由により不承認とすることに決定いたしましたので通知します。

記

(不承認の理由)