

様式第1号(第4条関係)

北塩原村生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

北塩原村長 様

申請者氏名

北塩原村生殖補助医療交通費支援事業実施要綱第4条の規定により、関係資料を添えて申請します。

交 付 申 請 額(男性不妊治療分除く)		円						
交 付 申 請 額(男性不妊治療分)		円						
交 付 申 請 額 合 計		円						
申請者	(ふりがな)					生年月日	年 月 日	
	氏 名						(歳)	
配偶者	(ふりがな)					生年月日	年 月 日	
	氏 名						(歳)	
住 所		〒 -		電話		()		
※夫と妻の住所が異なる場合は、 本欄にも記入		〒 -		電話		()		
通 院 し た 医 療 機 関 (男性不妊治療を除く)	医療機関名							
	住 所							
通 院 し た 医 療 機 関 (男性不妊治療分)	医療機関名							
	住 所							
助成金額		円(記入しないでください)						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所			
	口座の種類	普通 ・ 当座						
	口座番号							
	口座名義名	フリガナ						

(注意)

1 申請期間は、原則として治療終了日の属する当該年度内に申請してください。

2 添付書類

- ☐ 通院状況確認書(様式第2号)
- ☐ 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書
- ☐ 助成金に係る照会等に関する同意書(様式第3号)
- ☐ (事実婚の場合)事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
 - ☐ 事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
 - ☐ 申請者及び配偶者の戸籍謄本
- ☐ 金融機関名及び口座名義人が確認できる通帳等の写し