

様式第1号(第7条関係)

弥彦村不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

年 月 日

弥彦村長 様

※太枠内をご記入ください。

申請者1	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
申請者2 (申請者1の配偶者等)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
住所1	〒			
住所2	※申請者の住所が異なる場合のみ申請者2の住所を記入 〒			
平日昼間に連絡可能な電話番号	(申請者1・申請者2)			
「今回の治療」に関し、他の自治体への助成申請の有無		有 ( ) 無		
申請額	円 (1年度につき、上限額 500,000 円)			
振込指定機関	銀行・労働金庫・農協			本店
	信用金庫・信用組合			支店
	種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
口座名義人				

【同意書】

弥彦村不妊治療費助成交付決定審査のため、申請者の所得状況及び村税等の納税状況を確認することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

【添付書類】

- ① 弥彦村不妊治療助成事業受診等証明書
- ② 保険医療機関発行の領収書・診療明細書
- ③ 申請者名義の口座の写し (通帳やキャッシュカード)
- ④ 保険組合から支給を受けた金額がわかるもの (付加給付、高額療養費等支給を受けた場合)

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月日		決定年月日 (承認・不承認)	
申請者番号		村税等未納の有無	有 ・ 無