

様式第1号(第6条関係)

弥彦村不育症治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症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	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
配偶者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
住所1	〒 弥彦村			
住所2	※夫婦の住所が異なる場合に記入 〒			
平日昼間に連絡可能な電話番号	申請者・配偶者・その他 ()			
申請額	円 ※1回の治療期間につき、合計金額の1/2(上限額10万円) (保険外診療は治療合計額、保険内診療は母子健康手帳交付前日分まで) ※通算5年度の間、申請が可能			
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			
<p>・不育症の治療費助成の交付を受けるために、審査に必要な範囲で夫婦の住民基本台帳、税務情報の調査並びに医療機関、調剤薬局への問い合わせを、弥彦村職員が行うことに同意いたします。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p>・今回の申請は、その他の助成申請の費用と重複していません。</p> <p>氏名 申請者 _____ 配偶者 _____ (夫及び妻が自署すること)</p>				

【添付書類】

- ①弥彦村不育症治療費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	
申請者番号	
村税等の未納	無 ・ 有
母子健康手帳交付	無 有 (交付日:)
決定年月日 (承認・不承認)	