

南阿蘇村こうのとりのり支援事業助成申請書

年 月 日

南阿蘇村長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊・不育治療費の助成を申請します。

申請者氏名		印		生年 月日	S・H 年 月 日 (歳)		
申請者住所 連絡先		南阿蘇村大字 電話番号：					
配偶者氏名		印		生年 月日	S・H 年 月 日 (歳)		
婚姻年月日		年 月 日					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 店 農協 所 その他					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者又は配偶者名と同一)		()		
	口座番号						(左詰記入)
同意書							
施行規則第 3 条に基づき、戸籍関係、住民票及び同一世帯員の税の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。 申請者氏名 _____ 印							

注)・上記太枠の中、裏面の世帯構成をご記入ください。

・治療を受けた月の翌月から 6 ヶ月以内に申請して下さい。

- (添付書類) 1. 南阿蘇村こうのとりのり支援事業助成申請に係る証明書
 2. 夫婦の健康保険証の写し
 3. 不妊・不育治療等を行った医療機関発行の領収書及び明細書
 4. 助成事業承認通知書 (県等の同様の助成を受けた場合)
 5. 高額療養費決定通知書 (高額療養費の支給を受けた場合)
 6. 戸籍謄本 (本籍地が本村にない場合)

村担当者記入欄	申請受理年月日				承認・不承認決定年月日	
治療年月日		年 月 日 ~ 年 月 日				
保険診療点数 合計	一部負担金額 (A)	保険診療外負担金額 (B)	熊本県助成金 (C)	本年度既助成額	負担金額合計(助成決定額) (A+B-C)	
点	円	円	円	円	円	
				* 年限度額 20 万円		

