

南阿蘇村こうのとり支援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)南阿蘇村長

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及び請求します。
 なお、助成決定後の助成金の振込については、下記口座をお願いします。

記

申請者氏名				生年 月日	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				生年 月日	年 月 日(歳)		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合			本店・支店 支所・出張所		
	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、住民票及び市町村税等の滞納状況について調査・確認することに同意します。 なお、必要な場合は、関係各課、他市町村及び医療機関へ情報照会することに同意します。 申請者署名 _____							

- 注) ・上記太枠の中をご記入ください。
 ・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. 他の同様の助成金又は高額療養費等の支給の有無及びその額を証明する書類
 5. 戸籍全部事項証明の謄本(発効後3箇月以内のもの。事実婚の場合、当事者両人のもの)
 6. 税の滞納がないことを証明する書類(本村で課税情報が確認できない場合)
 7. 事実婚の場合においては、事実婚関係を証明する書類

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)	その他助成・給付額 (高額療養費等) (C)	本年度既助成額 (年限度額 20 万円) 負担金額合計(助成決定額) (A+B-C)
点	円	円	円	円