

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みについては、下記口座にお願いします。

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) ・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。

・以下の添付書類をそろえて提出してください(ただし、村が有する公簿等で確認できる場合は、当該情報に係る書類は添付を省略できます)。

- (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(村様式)
 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・付加給付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
 7. 事実婚の場合においては、事実婚関係を証明する書類(村様式)

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	円	