朝日村不妊治療助成金交付申請書

　年　　月　　日

朝日村長　　宛て

朝日村不妊治療助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　　名 | | | | 生年月日 | 村への住民登録開始 |
| 夫 |  | | | 年　　月　　日 | 年　　月から |
| 妻 |  | | | 年　　月　　日 | 年　　月から |
| 住　　所 | | | 朝日村大字 | | |
| （夫婦で住所が異なる場合はその理由） | | |
| 電話番号 | | | （昼間連絡が取れる番号を記載してください。） | | |
| 婚姻年月 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 申請回数 | | | 回目（前回　　　　年度） | | | |
| 申 請 額 | | | ①本人負担額（医療機関・薬局等）　　　　　　　　　円  ②高額療養費・付加給付支給額　　　　　　　　　　　円  ③他の地方公共団体の助成額　　　　　　　　　　　　円  （①－②－③）　　　　　　　　円×１／２＝　　　　　　　　　円  （助成限度額：２０万円） | | | |

　（注）１　太枠の中を記入してください。

　　　　２　不妊治療と認められない経費等については助成対象になりません。

（添付書類）

　１　朝日村不妊治療助成事業受診等証明書（様式第２号）

　２　不妊治療に係る領収書の写し（原本も提示いただきます。）

　３　村税等に滞納のない証明書等（当村にない分に限る。）

　４　高額療養費又は付加給付の支給額を証明できる書類（支給を受けた場合のみ）

　　５　他の地方公共団体の助成を受けた証明書(県の決定通知等、助成を受けた場合のみ)

夫婦の住民情報及び村税等納付状況を調査することに同意いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印