

穴水町子宝支援事業治療費助成交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先） 穴水町長

- 1 穴水町子宝支援助成要綱の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、この申請の審査に必要な範囲で、町税等に対する納付金の状況の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者 氏名 _____ 印
 （口座名義人と同一）

注）太枠の中を御記入下さい。

	（ふりがな） 氏 名		生 年 月 日	
夫	（ ）		年 月 日（ 歳）	
妻	（ ）		年 月 日（ 歳）	
住 所	〒 穴水町字		（電話 _____）	
住所（※1） （夫・妻）	〒		（電話 _____）	
1年前の住所 （※2）	〒			
過去の助成歴	[県内・県外] 市町村名（ _____ ）			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 _____ 店		
	預金種別	普通・当座	口座番号： _____	
	口座名義人 （申請者と同一）	フリガナ（ _____ ）		
① 対象治療に要した本人負担額		円	決定額 _____ 円	
[内訳 保険適用 _____ 円・保険適用外 _____ 円]		円		
② 健康保険等からの付加給付額		円	町確認欄（ _____ 年 月 日）	
③ 助成対象額（①-②）		円	□住所 □税等 □所得	
④ 助成申請額（請求額）		円	町申請回数 _____ 回目 申請歴（ _____ ）	

治療を受けた月の翌月初日から起算して2年以内に申請してください。

※1 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所が異なる場合に記入してください。

《添付書類》 必要に応じて下記の添付書類以外に書類の提出を求めています。

- 1 夫婦それぞれの加入健康保険証の写し
- 2 一般不妊治療医療機関受診等証明書（様式第3号）・不育治療医療機関受診等証明書（様式第4号）
- 3 医療機関が発行した治療費の明細が分かる領収書（薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください）。
- 4 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）（6か月以内のもの）
- 5 夫婦の直近の所得を証明する書類（所得証明書）*穴水町で証明される方は不要
- 6 夫婦の住所を確認できる書類（住民票） *穴水町に住所がある方は不要