様式第１号（第5条関係）

不妊症及び不育症治療費助成金交付申請書（請求書）

令和　　年　　月　　日

大鹿村長

申請者

住所　下伊那郡大鹿村大字　　　　　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　（　　　）

下記のとおり、不妊症及び不育症治療費助成事業実施要綱により助成金の支給を受けたいので関係書類を添付して申請（請求）します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者の氏名 | | 生年月日 |
| 夫 |  | 年　　月　　日生 |
| 妻 |  | 年　　月　　日生 |

医療機関記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 診療開始日 | 年　　月　　日 |
| 診療機関 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 診療額 | （保険診療適用外負担額）　　　　　　　　　円 |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　医療機関  　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　病（医）院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

申請者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 給付助成金の振込先金融機関名 |  |
| 口座の種類及び口座番号 | （　　　） |
| 口座名義人（フリガナ） |  |

添付書類　領収書・医師の意見書・県の実施する不妊治療費助成事業により助成された額がわかる書類

※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療額 | 円 | 県助成額 | 円 | 給付決定額 | 円 |

　診療額－県助成額＝給付決定額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務取扱者　　　　　　　　　　　　　㊞

不妊症及び不育症治療費助成事業医師意見書

令和　　年　　月　　日

医療機関

　　　　　　　　　　　　　　住所

名称

主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者については、不妊の治療が必要であることを認めます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 夫 |  | 妻 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |
| 主な治療 |  | |  | | |
| 特記事項 |  | | |  | |