

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

上市町長 宛て

申請者 住 所

氏 名

電話番号

上市町不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

上市町不妊治療費の助成を受けたいので申請し、及びその実績を報告します。

助成対象者		夫	妻
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
夫婦の住所が異なる場合の住所			
申請治療期間		年 月 日から	年 月 日まで
申請回数		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目以降
対象経費		(A)	円
高額療養費の給付がある場合は、その金額		(B)	円
附加給付、助成金、給付金等がある場合は、その金額		(C)	円
申請額		(A - B - C)	円

【振込口座】

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関 コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								

【添付書類】

- (1) 上市町不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号）
- (2) 医療保険各法に定める被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
- (3) 医療保険各法の規定による高額療養費の限度額適用認定書又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（該当する場合に限る。）
- (4) 保険医療機関等が発行する不妊治療に係る費用の領収書及び明細書
- (5) 助成金、給付金等の金額が確認できる書類の写し（受給している場合に限る。）
- (6) 出産し、又は死産したことを証明する書類（再度対象期間を設定した者に限る。）
- (7) その他町長が必要と認める書類