

甘楽町不育症治療費助成金交付申請書

甘楽町長 様

次のとおり、甘楽町不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

申請者	申請日	年 月 日		申請回数：第 回目	
	本人 (夫・妻)	フリガナ			甘楽町に住民登録した日 年 月 日
		氏名	Ⓜ		
	配偶者	生年月日	年 月 日生		甘楽町に住民登録した日 年 月 日
		フリガナ			
連絡先	氏名	Ⓜ		甘楽町に婚姻届を提出した日 年 月 日	
	生年月日	年 月 日生			
連絡先 ※住所が異なる場合	住所	〒 甘楽町大字		甘楽町に婚姻届を提出した日 年 月 日	
	電話				
連絡先 ※住所が異なる場合	住所	〒 (本人・配偶者)		不育症治療対象児 (第 子)	
	電話				
不育症治療費総額 (被保険者負担額)		円	申請年度内の治療に要した被保険者負担額の合計から、国、県、市区町村及び医療保険等の給付金額を差し引いた額		
助成金交付申請額		円	不育症治療費総額の2分の1の額(1,000円未満の端数があるときは、端数を切り捨てた額)以内とし、200,000円を上限とする。		
振込先 (本人名義でない場合は委任状を添付のこと)	金融機関名			指定口座 (種別・番号) 普・当	
	フリガナ				
	口座名義人				
添付書類	<input type="checkbox"/> 当該治療費の領収書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 納税証明書				

※

主治医記入欄	診断名：				
	不育症治療に要した期間(同一年度内)：	年 月 日	～	年 月 日	
	上記のとおり不育症治療を実施しました。 年 月 日 主治医氏名 Ⓜ				

※

医療機関			保険薬局		
医療費	① 被保険者負担額	円	薬剤費	① 被保険者負担額	円
	② 保険診療適用外負担額	円		② 保険診療適用外負担額	円
	③ 合計領収金額(①+②)	円		③ 合計領収金額(①+②)	円
上記のとおり証明します。 年 月 日 Ⓜ			上記のとおり証明します。 年 月 日 Ⓜ		

※ 申請年度(4月1日から翌年3月31日)の間に、不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入してください。