様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　上市町長　宛て

上市町不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書

　次に掲げる事項に同意の上、上市町不育症治療費助成金の交付を申請します。

１　助成金の交付に係る審査のため、町長が申請者の住民基本台帳の情報及び町税の納税状況を確認すること。

２　町長が申請者の情報を確認できないときは、町長が指示する書類を提出すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 夫 | | 妻 | | | | | | | |
| 氏名 | 印 | | 印 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | | |
| * 年齢については、今回の助成金の申請に係る治療開始日（不育症治療医療機関受診証明書の「検査・治療期間」の初日）における年齢を記入ください。 | | | | | | | | | |
| 住所  ※夫婦同住所の場合は、一方のみ記載 | 〒　　　　－ | | 〒　　　　－ | | | | | | | |
| (TEL　　　－　　　　－　　　　　） | | (TEL　　　－　　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 医療機関での不育症検査又は治療に係る 自己負担額 | | | 円 | | | | | | | |
| 上記による不育症検査又は治療に係る 院外処方薬局自己負担額 | | | 円 | | | | | | | |
| 合　計 | | | 円 | | | | | | | |
| 助成金の 振込先 ※口座は申請者のものであること | 金融機関名 |  | 支店名 |  | | | | | | |
| 預金種別 | １　普通　２　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

　備考

１　院外処方があれば、その費用も対象となります。

２　入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料等の直接治療に関係しない費用は対象となりません。

（添付資料）

(1)　保険医療機関等が発行した不育症治療医療機関受診等証明書（様式第２号）

(2)　夫婦の健康保険証の写し（生活保護者で健康保険証が交付されていないものを除く。）

(3)　保険医療機関等が発行した不育症治療費に係る領収書及び診療報酬明細書

　(4)　前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める