

大衡村不妊検査費助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊検査費の助成を申請します。
また、村が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな					年	月	日生
	氏名	(夫・妻)				(歳)
	現住所	〒() 電話 ()						
配偶者	ふりがな					年	月	日生
	氏名	(夫・妻)				(歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()						
申請額		金 円 (助成上限額: 30,000円)						
大衡村長 様								
年 月 日								
申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)								
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()			本・支店名		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		フリガナ		口座名義人(申請者)		
	口座番号							(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 過去に他の地方公共団体及び本村においてこの助成を受けたことがない <input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び本村の他の事業による助成を受けていない <input type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けた							

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	チェック
1	大衡村不妊検査費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)	<input type="checkbox"/>
2	医療機関が発行する対象検査の領収書の写し	<input type="checkbox"/>
3	村外に居住する夫または妻の住民票(申請日から3か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)	<input type="checkbox"/>
4	夫婦が別の医療機関を受診した場合、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本(明細書含む) ※該当者のみ	<input type="checkbox"/>

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

《裏》

【注意事項】

助成申請(回数)は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。

- ※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算してください。
夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚に記入してください。
- ※2 助成対象期間は、検査開始日から原則1年間です。
夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。
＜例＞「夫:令和5年11月10日検査 妻:令和6年4月5日検査」の場合
助成対象期間:令和5年11月10日から令和6年4月5日まで
- ※3 助成金承認決定(不承認決定)通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請・お問い合わせ先】

大衡村健康福祉課

〒981-3692

宮城県黒川郡大衡村大衡字平林62番地 大衡村福祉センター内

TEL 022-345-0253