

大衡村不妊治療費助成事業申請書

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 ()				
過去の助成歴等	村が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある (回目) <input type="checkbox"/> ない					
申請額	金 円 (助成上限額:50,000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"/> 今回申請する治療費用について、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					

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	チェック
1	大衡村不妊治療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治療の領収書の写し	<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治療の領収書原本(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】

- ※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(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
- ※2 助成金給付決定(不給付決定)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