

中島村不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

中島村長

関係書類を添えて下記のとおり（不妊治療費・不妊検査費）の助成を申請します。

申請者	ふりがな 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	連絡先					
配偶者	ふりがな 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	※申請者と異なる場合に記入 連絡先					
申請の内容	☐ 保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用 ☐ 先進医療 ☐ 保険の回数または年齢上限超過 ☐ 不妊症検査						
	他市町村での不妊治療費等助成申請の有無 ☐ あり ☐ なし						
助成申請額		治療費(A)		県助成金(B)		助成申請額(A-B)	
	不妊治療費	円		円		円	
	男性不妊治療費	円		円		円	
	不妊症検査費	円		円		円	
	助成申請額合計					円	
同意書	申請にあたり、添付書類3、4、5省略のため、住所や村税等の滞納等の状況を村長が関係各課へ確認することに同意します。 また、夫婦いずれか一方の添付書類3の住所が本村以外の場合は、記載のある市町村に不妊治療費助成についての有無を確認することに同意します。 ※自署又は記名押印 申請者氏名 _____ 配偶者氏名 _____						
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						

注) 太枠の中を記入してください。

- (添付書類) 1. 福島県が交付する決定通知書の写し
 2. 福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書の写し
 3. 住民票等住所を確認できる書類
 4. 夫婦であることを証明する書類 ※3で確認できる場合は省略可能
 5. 村税等の滞納がないことを証明する書類(納税証明書又は非課税証明書等)

..... 中島村記載欄

申請受理月日	交付・不交付決定年月日	助成決定金額	受給者番号
年 月 日	年 月 日		