

別記様式第1号（第6条関係）

榛東村不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（一般・特定・男性・不育）

年 月 日

榛東村長 様

榛東村不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。併せて、当該申請に当たり同要綱第3条に規定する助成対象者であることを確認することに同意します。

申請者	氏名		生年月日					
	夫		年		月		日生	
	妻		年		月		日生	
	住所	〒 榛東村大字						電話番号
住所	〒 榛東村大字						※夫婦の住所が異なる場合に記入 電話番号	
申請回数	(一般・特定・男性・不育) 初回 ・ 回目							
	上限回数(通算) 一般不妊治療5回、特定不妊治療10回、男性不妊治療5回、不育治療5回							
群馬県不妊に悩む方への特定治療支援基金助成事業助成金受給の有無		有 ・ 無		不妊治療対象児		第 子		
不妊治療費等総額		円		申請年度内の治療に要した負担額の合計①				
県助成金額又は高額療養費等補てん金額		円		群馬県不妊に悩む方への特定治療支援基金助成事業助成金額又は高額療養費等補てん金額②				
榛東村不妊治療費等助成金交付申請額		円		(①-②) ÷ 2 1,000 円未満切り捨て				
※助成金上限額（申請1回につき） 一般不妊治療 50,000 円、特定不妊治療 100,000 円、男性不妊治療 30,000 円、不育治療 300,000 円								
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名		本店・支店 支所・出張所		
	口座種別	普通・当座		口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人	※申請者の口座に限る。						

添付書類等	1 榛東村不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書（別記様式第2号）又は群馬県不妊に悩む方への特定治療支援基金助成事業受診等証明書の写し
	2 当該治療に係る医療機関等の領収書及びその写し ※明細が分かるものを添付
	3 医療保険被保険者証及びその写し
	4 群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し又は高額療養費等の受給が証明できるものの写し ※該当する方のみ
	5 夫婦が別住所に居住する場合は、戸籍謄本 ※発行日は3箇月以内
	6 振込先通帳

村処理欄	受付年月日	年 月 日	管理番号	No. (-)
	決定年月日	年 月 日	決定事項	不交付・交付 (円)
	確認日	年 月 日	職・氏名	