

嬭恋村不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

嬭恋村長 様

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療の助成を申請します。

なお、助成金の交付に必要な事項として、群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の申請及び受給の有無について調査することに同意します。

記

	申請日	年 月 日	申請回数： 回目		
申請者	夫	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	妻	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	住所	〒 嬭恋村大字 電話 ()			
	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合	〒 (夫・妻) 電話 ()			
群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金 受給の有無		有・無	不妊治療等対象児		第 子
不妊治療費等総額		円	治療に要した負担額の合計①		
群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金 申請額		円	群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金額②		
助成金申請額		円	① - ② 1,000円未満切り捨て		
振込先 (申請者いずれかの口座)	(フリガナ) 口座名義人	()			
	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	支店 支所 出張所	普通 ・ 当座	
			口座番号(7桁)		

- (添付書類) 1. 嬭恋村不妊治療費等助成事業受診等証明書 (様式第2号)
 または群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
 2. 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類 (住民票又は戸籍謄本)
 3. 住所を確認することができる書類 (住民票)

村処理欄	受理日	年 月 日	交付決定	年 月 日 (交付・不交付)
	受付番号			決定額： 円

婦恋村不妊治療費等助成事業受診等証明書

申請者 記入欄	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日
	夫	()	S・H 年 月 日 (歳)
	妻	()	S・H 年 月 日 (歳)
	住所	〒 電話： ()	

上記の者について、下記の○印の不妊治療等を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名	
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日		
	診療額	(1) 保険診療総点数 点・被保険者負担額		円
		(2) 保険診療適用外負担額		円
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
治療期間内に実施した治療内容 1. 診察 2. 検査 (内容) 3. タイミング療法 4. ホルモン治療 5. 人工授精 6. 体外受精 7. 顕微授精 8. 不育症 9. その他 () 年 月 日 医療機関の所在地・名称・主治医氏名 <div style="text-align: right;">印</div>				

保険薬局 記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 点・被保険者負担額		円
		(2) 保険診療適用外負担額		円
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
	年 月 日 保険薬局の住所・氏名又は名称 <div style="text-align: right;">印</div>			

- * 裏面の不妊治療等に要する費用の内訳を記入してください。
- * 不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入してください。
- * 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。

〔 裏面 〕

不妊治療等に要する費用の自己負担額の内訳

※治療の種類の内訳

- 1 その他医師が認めた不妊治療
- 2 体外受精及び顕微授精(特定不妊治療)
- 3 不育症治療

治療年月	医療機関領収金額	治療の種類 ※	保険薬局領収金額	備 考
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
合 計	円		円	

上記の自己負担額のうち、未収金や文書料等不妊治療と認められない項目は対象外です。