

南相木村不妊治療助成事業医療費助成金交付申請書

年 月 日

南相木村長 様

申請者	住所	南相木村
	氏名	Ⓜ
	電話	() -

南相木村不妊治療助成事業医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

	住 所	氏 名	生年月日	被保険者証	
				種類	記号番号
夫	南相木村		年 月 日		
妻	南相木村		年 月 日		
助成金の振込先	金融機関名		銀行・農協 支店・支所		口座種類 普通・当座
	口座名義人		口座番号		

(添付書類)

- 1 南相木村不妊治療助成事業医師証明書（様式第2号）
- 2 医療機関が発行する領収書の写し
- 3 県助成金交付決定書（「長野県不妊に悩む方への特定治療支援事業」の対象となる方）

裏面もご記入ください。

交付決定審査欄

上記について適当・不相当と認め処理してよろしいでしょうか。	決裁欄				
	村長	副村長	主管課長	主管係長	係
助成金交付決定額 円					

申請者をご記入ください。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

	自己負担額	備考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
合 計		