

様式第1号（第5条関係）

不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

小川村長 様

住 所 小川村大字  
申請者 氏 名  
電話番号

印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、申請書に係る事項について課税台帳・住民票等関係資料を事務担当者が閲覧することに承諾します。

記

申請額	円	1年度内30万円以内			
申請額の算出方法	不妊治療の自己負担額 (円) - (円) × 1/2 他機関で助成を受けた額 (円)				
夫	ふりがな		保険者名		
	氏名		記号		
	住所		番号		
妻	ふりがな		保険者名		
	氏名		記号		
	住所		番号		
婚姻年月日	年 月 日				
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 支所	預金の種類	普通・当座・その他 ( )
	口座番号				
	ふりがな				
	口座名義人				

【添付書類】

- 1 長野県不妊治療費助成事業決定通知書の写し（県の助成を受けた者のみ）又は医師の診断書（様式第2号）
- 2 医療機関発行領収書の写し
- 3 住民票の写し又は婚姻関係を証明することができる書類の写し
- 4 夫及び妻の保険証の写し