様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| **富 山 県 の 助 成** |
| **初回** | **非初回** | **非該当** |

舟橋村不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

舟橋村長　　　　　 　　殿

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　舟橋村

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　 　印

電　話（　　　　）　　　　－

下記のとおり舟橋村不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療を受けた者の氏名 | 生年月日（この申請における治療開始日の年齢） |
| 夫の氏名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 妻の氏名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入） |

【添付書類】

①富山県特定不妊治療費助成事業受診証明書の写し（該当があれば富山県男性不妊治療費助成事業受診証明書の写し）

　もしくは、舟橋村不妊治療費助成事業受診証明書（該当があれば舟橋村男性不妊治療費助成事業受診証明書）

②医療機関・調剤薬局等が発行する領収書、明細が分かるもの（原本）

③高額療養費支給決定通知書、限度額適用認定証（ある場合）

④夫婦それぞれの加入医療保険証の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関での不妊治療費等自己負担額（男性不妊治療費を除く） | 円 |
| 上記による不妊治療にかかる院外処方薬局自己負担額 | 円 |
| 男性不妊治療にかかる自己負担額 | 円 |
| 合　　計 | 円 |
| 他の助成等から当該治療に対し受けた給付額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象金額 | 円 |

※申請者本人名義の振込先（口座）をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　振込先 | 口座振替指定金融機関 | 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 |
| 指定口座 | １普通　２当座 | 口座番号（左詰で記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口　座　名　義 |  |

同意書

　本申請の審査において、夫婦の課税台帳等の収納状況を閲覧することに同意します。

氏名（自署もしくは記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　印

〔村民税等納付状況調査結果記載欄〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査年月日 | 　　年　　月　　日 | 調査担当職員 |  |
| 調査結果 | 表面申請者について、村民税等の納付状況を調査した結果は、次のとおりである。１　滞納は無い。２　滞納が有る。（備考） | （確認印） |

同意書

同意書