

高森町こうのとり支援事業助成申請書

令和 年 月 日

高森町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊・不育治療費の助成を申請します。

フリガナ 申請者氏名	印		生年 月日	S・H 年 月 日 (歳)
申請者住所 連絡先	阿蘇郡高森町大字 電話番号：			
フリガナ 配偶者氏名			生年 月日	S・H 年 月 日 (歳)
婚姻年月日	年 月 日			
治療年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※今回申請する治療期間を記入して下さい。			
振込先 (申請者又は配偶者名義)	金融機関名	銀行・金庫 農協・その他 () 支店・支所		
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人	
	口座番号			(左詰記入)
	ゆうちょ銀行	1	0 -	
同意書				
施行規則第3条に基づき、戸籍関係、住民票及び同一世帯員の税の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。				
申請者氏名 _____ 印				

注)・太枠の中をご記入ください。

・治療を受けた最終日の属する月の翌月から6ヶ月以内に申請して下さい。

- (添付書類) 1. 高森町こうのとり支援事業助成申請に係る証明書
 2. 夫婦の健康保険証の写し
 3. 不妊・不育治療等を行った医療機関発行の領収書及び明細書
 4. 助成事業承認通知書(県等の同様の助成を受けた場合)
 5. 高額療養費決定通知書(高額療養費の支給を受けた場合)

町担当者記入欄	申請受理年月日 令和 年 月 日			承認・不承認決定年月日 令和 年 月 日		
保険診療点数 合計	一部負担金額 (A)	保険診療外負担金額 (B)	熊本県助成金 (C)	本年度既助成額 ※年限度額 20万円	負担金額合計(助成決定額) (A+B-C)	
点	円	円	円	円	円	