様式第１号

高森町こうのとり支援事業助成申請書

　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）申請者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 申請者住所連絡先 | 高森町大字電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （ふりがな）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 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日※今回申請する治療期間を記入して下さい。 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫　　　　　　　　　　　　　店農協　　　　　　　　　　　　　所その他 |
| 預金種別 | 普通当座 | （ふりがな）口座名義人（申請者又は配偶者名と同一） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰記入） |
| 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 |  | 承認・不承認決定年月日 |  |
| 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 | 負担金額合計(助成決定額)（A＋B－C） |
| 　　点 | 円 | 円 | 円 | 円＊年限度額20万円 | 円 |