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 |