

諸塚村不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

諸塚村長 様

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費等助成事業の申請をします。

申請者	フリガナ		生年月日	S H 年 月 日
	氏名			
	住所	諸塚村大字	電話番号	
申請者の 配偶者	フリガナ		生年月日	S H 年 月 日
	氏名			
	住所	諸塚村大字	電話番号	
申請区分	一般不妊治療	治療期間 R . . ~ R . .		
	生殖補助医療等	治療期間 R . . ~ R . .		
	不妊検査	検査期間 R . . ~ R . .		
	不育症治療	治療期間 R . . ~ R . .		
申請額	医療機関窓口での支払額		円	
	助成から控除される額 (宮崎県からの助成額)		円	
	助成から控除される額 (高額医療費等)		円	
	<b>申 請 額</b>		<b>円</b>	
振込先口座	金融機関名	銀行	支店名	支店
	口座番号		種別	普通 当座
	フリガナ			
	口座名義人			

下記の内容を確認し、該当すればチェックをお願いします。

申請者及び同一世帯に属する者に諸塚村税、住宅使用料、水道使用料、奨学金等の滞納がある場合について、本助成の対象とならないことについて了承しました。

○ 添付文書

- ・ 出産費用の支払いに係る領収書の写し
- ・ 母子健康手帳の写し
- ・ 振込先口座の通帳の写し