

様式第1号

生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書

年 月 日

天栄村長 様

申請者氏名

治療を受けるための通院に要した経費に対し助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請します。

交付申請額 (男性不妊治療分除く)		円	
交付申請額 (男性不妊治療分)		円	
交付申請額合計		円	
夫	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名		
妻	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名		
住 所		〒 電話 ( )	
※夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入		〒 電話 ( )	
通院した医療機関 (男性不妊治療を除く)	医療機関名		
	住 所		
通院した医療機関 (男性不妊治療分)	医療機関名		
	住 所		
希望する支払い金融機関 (郵便局を除く。)	金融機関名	支店名	
	口座の種類 普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者と同じ名義とする。)		

(以下は記入不要です。)

受給者番号								(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
-------	--	--	--	--	--	--	--	----------------	-------

(注意)

- 申請期間は、原則として治療終了日の翌日から起算して1年以内です。
- 添付書類
  - 通院状況確認書 (様式2号)
  - 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書
  - 助成金に係る照会等に関する同意書 (様式3号)
  - (事実婚の場合) 事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
    - 両人の戸籍謄本
    - 両人の事実婚関係に関する申立書 (様式4号)