

様式第1号(第7条関係)

天栄村特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

天栄村長 様

申請者

夫 _____ 印

妻 _____ 印

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

項 目	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日 (年 齡)		
夫	()	年 月 日 (歳)		
住 所	TEL			
妻	()	年 月 日 (歳)		
住 所	TEL			
婚 姻 年 月 日	年 月 日			
領収書の合計金額 (保険適用外医療費)	円	交付決定額 (※村で記入)	円	
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
国・県からの助成 の有 無	有(円) ・ 無			
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行	本店	
		信用金庫	支店	
		農協	出張所	
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号	
	ふ り が な			
	口 座 名 義 人			

※1 申請にあたっては、対象者・提出書類等について、裏面のチェックシートでご確認ください。

※2 添付書類は、裏面の「2 提出書類のチェック」の②以降のものをご用意ください。

ただし、下欄の同意により添付書類を省略(代用)できる場合がありますので、裏面をご確認ください。

同 意 欄	天栄村特定不妊治療費助成申請書(本書)の審査にあたり、次について確認、照会することに同意します。 (同意できないものは=で抹消してください)		
	(夫)	_____ 印	(妻) _____ 印
	1	私の戸籍の内容	
	2	私の住民基本台帳	
	3	私の医療機関での治療の内容	
	4	私の村税の納付状況	
5	私の福島県(他都道府県・指定都市・中核市を含む)助成制度の受給状況		

申請受理月日	(承認・不承認) 決 定 月 日					
	受 給 者 番 号					

天栄村特定不妊治療費助成申請チェックシート

※チェック欄の該当に○印をつけて確認してください。

(夫) _____

申請者氏名

(妻) _____

1 対象者のチェック

項目	チェック欄
①特定不妊治療は病院の医師によるものですか？	はい・いいえ
②特定不妊治療受診時は、法律上の婚姻関係にありましたか？	はい・いいえ
③申請日現在、天栄村に住民登録をしていますか？	はい・いいえ

→すべて「はい」である必要があります。

2 提出書類のチェック

チェック欄	書類等の名称	要件	書類の代用	
			県助成金受給者の方	県助成制度対象外の方・村助成制度の未対象の方
有・無	①天栄村特定不妊治療費助成申請書	コピー不可		
有・無・別添	②天栄村特定不妊治療費助成事業受診等証明書	(指定)医療機関の医師による証明	下記④⑤に準じることができます	
有・無	③特定不妊治療費の領収書	コピー可 (提出時に担当者がコピーすることも可)		
有・無 別添・同意	④戸籍謄本又は全部事項証明書	コピー不可 (申請日3カ月以内発行のもの)	「福島県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書」(写し可)を提出いただくことで不要になります。	本籍が天栄村にあれば、申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。(下記※2参照) 本籍が天栄村以外にある場合には、原本を提出してください。
有・無 別添・同意	⑤世帯全員の住民票(本籍・続柄の記載があるもの)	コピー不可 (申請日3カ月以内発行のもの)	不要になります。 (下記※1参照)	申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。
有・無 別添・同意	⑥申請日現在の納税証明書(天栄村課税のもの)	コピー不可	申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。 (下記※2参照)	(下記※2参照)

「有」、又は「別添」や「同意」である必要があります。(別添、同意については下記のとおりです。)

有・無	※1 別添 福島県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書	コピー可 (提出時に担当者がコピーすることも可)	④、⑤の代用	
有・無	※2 同意 申請書の同意欄記名押印		⑥の代用	④、⑤、⑥の代用