

様式第1号（第4条関係）

木島平村不妊及び不育症治療費助成事業申請書（実績報告書）

年 月 日

木島平村長 殿

申請者 住 所 木島平村大字

氏 名

印

電話番号

木島平村不妊及び不育症治療費助成事業の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請金額	円				
申請金額 の算定 基礎	保険適用外医療費自己負担額（A）	円			
	県から助成を受けることができる金額（B）	円			
	$(A - B) \times 1 / 2$	円			
加入医療 保険等	夫	氏 名	（どちらかに○） 本人 ・ 被扶養		
		保険者名 （発行機関）	保険者番号		
		個人番号			
	妻	氏 名	（どちらかに○） 本人 ・ 被扶養		
		保険者名 （発行機関）	保険者番号		
		個人番号			
婚姻年月	年 月				
この申請に係る必要事項確認のため、申請者世帯の住民票及び木島平村に納付、納入すべき税及び料金等の滞納状況を閲覧することに同意します。					
_____(夫) 氏名		印	_____(妻) 氏名		
			印		

（添付書類等）

- 1 木島平村不妊及び不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
 - 2 木島平村不妊及び不育症治療費助成事業医療費等証明書（様式第3号）
 - 3 長野県不妊及び不育症治療費助成事業助成決定通知書の写し
- ※ 申請時に不妊及び不育症治療費の領収書をご持参ください。

役 場 記入欄	住民登録確認		村税等確認		
	1年登録あり ・ 登録なし		完納 ・ 未納		
決裁欄	助成を決定・却下してよいでしょうか				
	課 長		係 長		係 長
				担 当	