

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 様

申請者 住所 木島平村大字  
氏名  
電話

1 申請内容

加入健康保険	夫	氏名	木島平村の住民となった年月日	
		生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日
		保険名	(本人・被扶養者)	保険者番号
	妻	氏名	木島平村の住民となった年月日	
		生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日
		保険名	(本人・被扶養者)	保険者番号
婚姻月日	年 月 日			
木島平村への助成金申請回数		回目		
申請額	不妊治療費	円		
	不育症治療費	円		
	交付申請額合計	円		

2 振込先

請求額	円			
送金先	金融機関名	銀行 金庫	組合 農協	支店 支所
	口座の種類	普通		当座
	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義			

3 誓約・同意事項

情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守いたします。ついては、以下の内容をご確認頂き、署名をお願いします。

- ・他市町村において同一治療期間内における助成金の申請をしていません。
- ・夫婦のどちらかが交付申請日から木島平村に1年以上住所を有する見込みです。
- ・交付決定審査等において、医療費が高額になった場合は任意給付・保険給付（高額療養費・一部負担金払戻金等）の適否について、加入医療保険者へ木島平村より照会する場合があります。
- ・対象条件確認のため、住民基本台帳情報・課税状況等を確認します。
- ・助成判定に必要な場合は、長野県保健福祉事務所及び他市町村等へ情報を確認する場合があります。

以上の内容に同意いたします。

年 月 日 夫氏名 \_\_\_\_\_

妻氏名 \_\_\_\_\_

(添付書類)

- 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 高額療養費の支給決定通知書 (該当者のみ)
- 4 木島平村不妊及び不育症治療費助成事業事実婚関係に関する申立書 (事実婚の場合に限る)
- 5 その他村長が必要と認める書類

【担当課記入欄】

県補助確認	有 ( ) 円 ・ 無 (対象外・補助終了)
税状況確認	有 ・ 無 ( )