

年 月 日

益城町長 様

住所
申請者 氏名
連絡先

益城町不妊治療費助成金交付申請書

益城町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、益城町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 基本情報

	夫	妻
ふりがな		
氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
夫婦の住所が異なる場合の住所		

2 助成金の交付申請額

(1) 今回の治療に対する助成基本額

区 分	保険適用治療	先進医療
(A) 今回の治療に要した費用 ※領収書の自己負担額	円	円
(B) 控除する額 ※高額療養費、付加給付等 (窓口で既に差引かれている額は記入不要)	円	円
(C) 差引額【(A)－(B)】	円	円
算出額【(C)×1/2】	(a) 円	(b) 円
(D) 合計助成基本額【(a)+(b)】 ※千円未満切捨て	円	

(2) 今回申請できる上限額 ※本年度初めて申請される方は記入不要です。

(E) 本年度の助成上限額	100,000 円
(F) これまでに町から受けた助成額	円
(G) 今回申請できる上限額【(E)－(F)】	円

(3) 助成申請額 上記の(D)の額と(G)の額を比べて、少ない方の金額をご記入ください。
(本年度初めて申請される方は、(D)の額をそのままご記入ください。)

助成申請額	円
-------	---

3 添付書類

- 受診等証明書（第2号様式） 事実婚申立書（第3号様式※該当者のみ）
 領収書 高額療養費等の支給決定通知書の写し（※該当者のみ）
 町税等納入状況調査承諾書（第4号様式）
 その他町長が必要と認める書類

【職員確認欄】

区 分	金額
今回の交付決定額	円
今年度の既交付済額	円
交付後の今年度助成残額	円