

小国町こうのとり支援事業申請書兼請求書

小国町長 様

申請者 _____ 印

関係書類を添えて下記のとおり不妊・不育治療費の助成を申請及び請求します。

※太枠の中をご記入下さい。

申請者 氏名			生年月日	年	月	日(歳)
配偶者 氏名			生年月日	年	月	日(歳)
申請者 住所	〒 ー 阿蘇郡小国町大字		電話	()		
配偶者 住所	〒 ー (申請者と住所が異なる場合のみ記入)		電話	()		
加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【記号・番号】 () 【区分】 本人 ・ 被扶養者					
加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【記号・番号】 () 【区分】 本人 ・ 被扶養者					
他市町村等で、今回の治療に対して助成金を受けていますか、 または申請(予定を含む)をしていますか？			いいえ はい → ()			
振込 口座	金融 機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店・ 出張所名	本店・支店 支所・出張所	
	預金 種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座 番号					申請者の口座に限ります。 (右詰めで記入してください。)
申請(請求)額		円				

- (添付書類) 不妊・不育治療費に要した費用の領収書・明細書の写し
 小国町町税等滞納状況調査承諾書(様式第 2 号)
 その他町長が必要と認める書類

町担当者記入欄				
一部負担金額 (A)	県、他市町村等助成金 (B)	本年度既助成額 (C)	助成決定額(上限 100,000 円) (A-B-C)	申請受理年月日
円	円	円	円	