様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

御蔵島村不妊治療・不育症治療費等助成金交付申請書兼請求書

御蔵島村長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　　所　東京都御蔵島村

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、　　　　　　　　円（①＋②＋③）の助成金の交付を受けたいので、御蔵島村不妊治療・不育症治療支援事業実施要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。
　なお、交付要件確認のため、住民基本台帳及び村税等の滞納状況を確認することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　 　年 月 日（　 　歳） |  　　年 月 日（　　 歳） |
| 治療費 | 治療を受けた期間 | 　 　年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| 治療に係る自己負担額(Ａ) | 保険適用分　 　　　 円 | 保険適用外 　　　　　 円 |
| 国、都又はその他地方公共団体等からの助成額(Ｂ) | 　　円 |
| 助成対象経費(Ａ)－(Ｂ) | 円 |
| 申請額※１回の治療につき１０万円まで | 円　…① |
| 交通費 | 申請額　※１往復につき２万円まで、往復１０回まで | 円　…②　 |
| 宿泊費 | 申請額　※１泊につき５千円まで、通算１８泊まで | 円　…③　 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・労金農協・信金・信組 | 支店名 | 本店・支店本所・支所 |
| 預金種別 | 普通　　　・　　　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付資料(1)　御蔵島村不妊治療・不育症治療支援事業医療機関受診証明書（様式第２号）(2)　医療機関等が発行した領収書(3)　交通機関及び宿泊施設が発行した領収書(4)　医療保険証の写し(5)　国、都又はその他地方公共団体等からの助成を受けた場合は、当該助成金の額を確認することができる書類 |