

坂城町不妊・不育症治療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

坂 城 町 長 様

申請者

住 所 坂城町大字

氏 名 ㊟

電 話

坂城町不妊・不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

	氏 名	生年月日	住 所	婚姻年月日
夫		年 月 日		年 月 日
妻		年 月 日		
助成金の交付申請にあたり、町が保有する私の住民登録・納税状況等の個人情報を見ることがある。他の地方公共団体に確認することを承諾します。				
(夫) 氏名		㊟	(妻) 氏名	
			㊟	

添付書類

- 1 長野県不妊または不育症治療支援事業交付決定通知書の写し（該当する場合）
  - 2 坂城町不妊・不育症治療費助成事業医療費等証明書
  - 3 助成対象経費に係る領収書
  - 4 様式第3号（第6関係）坂城町不妊・不育症治療費助成金交付請求書
- ※ 医療機関・保険薬局に支払った自己負担額の領収書の原本を必ず提出してください。長野県への提出により原本を提出できない場合は、そのコピーをお持ちください。  
なお、食事代、文書料など治療と認められない自己負担額は対象になりません。

(町記入欄)

審査済自己負担額（当該助成額を除いた額）	
長野県治療支援事業自己負担分	その他の治療分自己負担分
_____ 円	+ _____ 円
助成決定額	_____ 円

## 坂城町不妊・不育症治療費助成事業医療費等証明書

患者氏名	(夫) (妻)		
申請年度の不妊・不育症 治療期間	年 月 日 から 年 月 日		
不妊・不育症治療の内容	(保険薬局は、処方せんを出した病院・医師名を記入ください)		
※ 上記患者の申請年度（4月1日から翌年3月31日まで）内の不妊・不育症治療に要した費用で、 <u>保険適用外医療費</u> のみをご記入ください。			
不妊・不育症治療費の自己負担額（保険適用外医療費）			
治療年月	長野県不妊・不育症 治療支援事業 自己負担額	その他の治療分 自己負担額	(町記入欄)
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
合 計	円	円	円
不妊・不育症治療に係る費用の自己負担額について、上記のとおり証明します。			
年 月 日			
医療機関・保険薬局 住所			
医師氏名又は名称			
(印)			

医療機関と保険薬局別々に記入し証明してください。

様式第3号（第6関係）

坂城町不妊・不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

坂 城 町 長 様

住所 坂城町大字

氏名 ㊟

年 月 日付け坂城町指令 第 号で交付決定通知のあ  
りました坂城町不妊・不育症治療費助成金を下記のとおり請求します。

記

交付請求額 \_\_\_\_\_ 円

振込先金融機関

金 融 機 関 名		本 ・ 支 店 名
預金の種類	口 座 番 号	口 座 名 義
普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ