様式第１号（第４関係）

坂城町不妊・不育症治療費助成金交付申請書（実績報告書）

令和　　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閲覧すること、他の地方公共団体または医療保険組合等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（医療機関が証明したもの）

　　　3　助成対象経費に係る領収書（原本）

　　　4　保険給付費、公費による給付費等の確定通知または高額療養費限度額適用認定証　の写し（保険適用の治療費の場合）

　　　5　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