

受給者番号

池田町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

池田町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

特定不妊治療費の助成が決定された場合、助成決定額を請求します。

注)太枠の中をご記入ください。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫	()	昭和 年 月 日(歳) 平成
	妻	()	昭和 年 月 日(歳) 平成
	住所	〒 一 池田町 電話() 一	
	住所 ※夫と妻の住所 が異なる場合	〒 一 電話() 一	
申請者氏名	(申請者の配偶者) 印		
治療費の自己負担額 円 (A)		申請額/請求額 (A)-(B)-(C) 金 円	
高額療養費及び付加給付金等支給額※ 円 (B)			
岐阜県からの助成額 円 (C)		※治療費の自己負担額を支払後、高額療養費及び付加給付金等の給付があった場合は(B)欄に金額を記入してください。	
同意事項 次の内容をご確認のうえ、チェック欄にチェック(□)をご記入ください <input type="checkbox"/> 申請の適性を判断するために、池田町が保有する情報の利用(夫婦の住民基本台帳等の内容)、岐阜県・その他自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会及び提供、並びに医療機関に対する治療内容等を照会することについて同意します。			
振込先※いづれかに記入	ゆうちょ銀行 以外の場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合
		預金種別	普通・当座
		口座番号	
		(ふりがな) 口座名義	
	ゆうちょ銀行 の場合	金融機関名	ゆうちょ銀行
記号-番号			
(ふりがな) 口座名義			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)決定年月日	年 月 日

【添付書類】 (1)岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

又は 池田町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)

(2)特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(写しでも可)

(3)岐阜県特定不妊治療費助成事業費補助金交付決定通知書の写し

(4)高額療養費及び付加給付金の決定額が確認できる書類(該当する方のみ)