

佐那河内村不育症検査治療費助成事業申請書

佐那河内村長 宛て

佐那河内村不育症検査治療費助成事業の助成金の交付を受けたいので、佐那河内村不育症検査治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。この申請をするにあたり、佐那河内村不育症検査治療費助成事業実施要綱第 2 条各号の全てに該当することを誓約します。

	夫	妻
ふりがな		
申請者氏名兼誓約書署名欄		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住所	〒 - 名東郡佐那河内村 字	
夫婦の住所が異なる場合	〒 -	〒 -
電話番号	() -	() -
加入医療保険		
高額療養費	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
付加給付金	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
助成金申請額	金 円	
過去の助成状況	☐ 今回が初めて ☐ () 回目	
私たち夫婦に関して、以下のことについて佐那河内村が調査し、又は閲覧することを同意します。 ☐ 住民基本台帳及び村税等の納付状況 ☐ 佐那河内村以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供 ☐ 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会		
自署又は記名押印	夫氏名 印	妻氏名 印

佐那河内村記入欄

受付年月日		交付（不交付）決定年月日	交付決定額
年 月 日		年 月 日	円
審査		夫	妻
	住民登録1年以上	あり・なし (住定日 年 月 日)	あり・なし (住定日 年 月 日)
	年齢要件	該当・非該当	
	村税等滞納状況	なし・あり (未納)	なし・あり (未納)
添付書類	☐ 佐那河内村不育症検査治療費助成事業申請金額明細書（様式第 2 号） ☐ 佐那河内村不育症検査治療費助成事業（保険診療）受診等証明書（様式第 3 号） ☐ 佐那河内村不育症検査治療費助成事業助成金交付請求書（様式第 4 号） ☐ 領収書及び診療明細書（院外処方分含む） ☐ 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等 ☐ 戸籍謄本 ☐ 事実婚に関する申立書（様式第 5 号）（事実婚関係にある場合）		