様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

西原村特定不妊治療費助成事業申請書

西原村長　　様

申請者　住所
氏名　　印
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
電話番号

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。併せて、私及び私の世帯の納税状況を確認することに世帯全員が同意します。

配偶者氏名	氏名:　　生年月日:　年　月　日（　歳）
婚姻年月日	年　月　日
加入医療保険(夫)	【種別】（　　）【記号・番号】（　　）【区分】本・被
加入医療保険(妻)	【種別】（　　）【記号・番号】（　　）【区分】本・被
治療年月日	※今回申請する治療期間を記入してください 年　月　日～　年　月　日
今回の治療に対する県の助成額 申請年月日	【　　】【　　円】 年　月　日
申請金額	円

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座
(ふりがな) 口座名義人	(　　)	口座番号		

添付書類

(1)　熊本県特定不妊治療費助成事業承認通知書の写し（該当者のみ）
(2)　熊本県特定不妊治療費助成事業受診証明書の写しもしくは、西原村特定不妊治療費助成事業受診証明書
(3)　特定不妊治療費に係る領収書の写し
(4)　村税等を滞納していないことを証明する書類
(5)　その他村長が必要と認める書類(高額療養費額が分かる書類など)
(6)　健康保険証の写し

担当者記入欄					
自己負担金額 （A）	保険給付費 (高額療養費) (a)	熊本県助成金 （B）	本年度既助成額 （C）	助成決定額 （A－a－B－C）	申請受理年月日
円	円	円	円	円	(受付番号　　)