

様式第1号（第4条関係）

白馬村不妊・不育症治療費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

白馬村長 宛

申請者 住 所 白馬村大字
 氏 名 _____ 印
 連絡先 _____

下記のとおり白馬村不妊・不育症治療費補助金を交付してください。

記

	氏 名	生年月日	住民登録日	婚姻の日
夫		年 月 日	年 月	年 月
妻		年 月 日	年 月	
申 請 回 数	回 目			
治 療 開 始 年 月	年 月開始（治療 年目）			
交 付 申 請 額	円			
補 助 金 振 込 先	銀行	支店	預金種類	
	信金		口座番号	
	農協	支所	口座名義	

不妊・不育症治療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額（円）	治療の種類（該当に○）	備 考
		1 診察 2 検査 3 処置 4 ホルモン剤等 5 その他	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
年 月		1・2・3・4・5	
合 計			

*交通費等不妊・不育症治療費用以外は、対象から除かれます。

*自己負担額の領収書写し等、白馬村不妊・不育症治療費補助金交付事業医療機関及び保険薬局の証明書（様式第2号）を添付してください。（様式第2号は、県助成等の証明書写しを添付する場合は不要です。）

「白馬村不妊・不育症治療費補助金交付事業医療機関及び保険薬局証明書」に要した費用

_____ 円

【誓約・同意事項】（チェック欄（□）に『✓』を入れてください。

- 補助金の支給要件の該当性等を審査等するため、当村が保有している住民基本台帳情報、戸籍、税情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います