

受給者番号

## 大野町不妊治療費助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

大野町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。  
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 平成	年	月	日( 歳)	
	妻	( )	昭和 平成	年	月	日( 歳)	
	住 所	〒 - 大野町大字	電話( ) -				
	住 所 ※夫と妻の住所 が異なる場合	〒 -	電話( ) -				
申請者氏名			(申請者の配偶者氏名)				
治療費の自己負担額		円 (A)	申請額/請求額				
高額療養費及び付加給付金等支給額※		円 (B)	(A)-(B)-(C)= _____ 円				
岐阜県等からの助成額		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。				
振 込 先	口座名義人	(ふりがな)					
	金融機関名 ゆうちょ銀行以外の場合 にご記入ください	銀行・農協 金庫・組合		本店・支店 出張所			
		預金種別 該当に☑	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関コード(4桁)			
		口座番号(右詰め)		店番(3桁)			
	ゆうちょ銀行	記号(5桁)		番号(8桁)			
同意事項							
私は、上記申請にあたり、大野町が保有する情報(世帯の住民基本台帳等の内容及び町税等の納入状況)の利用、岐阜県等に対する申請(助成)に係る情報の照会、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。							
(申請者署名)							
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)大野町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)又は岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し  
(2)不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(原本)、及び明細書  
(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(該当する方のみ)  
(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)