

南会津町不妊・不育治療費助成申請書兼請求書

	氏名	生年月日	加入保険者の名称 及び 記号・番号
夫		年 月 日(歳)	名称 記号 番号
妻		年 月 日(歳)	名称 記号 番号
住 所	南会津町		
住 所(妻)	※夫と住所が異なる場合のみ記入		
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合	金融機関番号
	支店名	本店 支店・出張所	店番号
	口座番号		種別 普通・当座
	名義人		
南会津町長 _____ 年 月 日			
関係書類を添えて、上記のとおり南会津町不妊・不育治療費の助成を申請(請求)します。			
申請及び請求者 氏名 _____ (印)			
助成申請額(請求額) _____ 円			

<p>同 意 書</p> <p>不妊・不育治療費助成金の額算定のため、申請者世帯の住民登録記載事項又は外国人登録記載事項及び納税状況の確認並びに必要なに応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを、南会津町が行うことに同意します。また、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者及び請求者氏名 _____ (印)</p>

南会津町処理欄

- 書類等確認 夫婦の住所を確認することができる書類(続柄記載の住民票等)
- 医療機関証明書(様式第2号・様式第3号)
- 医療費領収書のコピー
- 診療明細書のコピー
- 通帳又はカードのコピー(名義・口座番号のわかるもの)

課長	課長補佐
係長	担当

受理日	年 月 日	来所者	受付者
医療費合計	円		
助成金額	円		
決定年月日	年 月 日	(交付 ・ 不交付)	