様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

山中湖村しあわせこうのとり応援事業助成金交付申請書

山中湖村長　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　山中湖村しあわせこうのとり応援事業助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。なお、助成の適正を判断するために必要な場合は、山中湖村及び山中湖村以外の自治体に対するこの申請に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容の照会について同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな夫の氏名 |  | 夫　の生年月日（年齢） | 年　　月　　日（　　　歳） |
|  |
| ふりがな妻の氏名 |  | 妻　の生年月日（年齢） | 年　　月　　日（　　　歳） |
|  |
| 治療に要した費用（本人負担分） | 円 |
| 他の自治体による助成の有無（国・都道府県・市区町村） | 有無 | 助成金額　　　　　　　　　　円 |
| 医療保険者による助成の有無 | 有無 | 助成金額　　　　　　　　　　円 |
| これまでに助成を受けた履歴 | 有無 | 助成回数　　　　　　　　　　回 |

（添付書類）

１　不妊治療受診等証明書（様式第２号）

２　不妊治療を受診した医療機関発行の領収書

３　他の自治体による助成を受けている場合は、当該助成金の額を確認することができる書類

|  |
| --- |
| 担当課受付印 |
|  |

（注）「領収書」は原本を提出していただきますが、他の用途に使用する等の理由で原本の返却を希望される場合は、原本を窓口で確認の上、コピーをとらせていただきます。この際、領収書原本には、山中湖村しあわせこうのとり応援事業助成金交付申請済である旨を押印します。

４　夫婦の納税証明書

５　保険証の写し

６　返信用封筒（切手を貼る）

※以下は記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施医療機関名 |  |
| 承認決定年月日 | 年　　月　　日 |