

様式第1号

豊丘村めばえ支援事業支援金交付申請書（請求書）

年 月 日

豊丘村長 下平 喜隆 殿

申請者 住所 豊丘村（河野・神稲） 番地  
自治会：  
氏名 印  
電話 — —

下記のとおり、豊丘村めばえ支援金交付要綱により支援金の支給を受けたいので、申請（請求）します。  
記

申請者記入欄

受診者の氏名（生年月日）		給付助成金の振込先金融機関名	
夫	( 年 月 日 )	銀行	信金 農協
妻	( 年 月 日 )	本店・支店・支所	
県助成事業への申請	有(予定を含む) ・ 無 ※県への申請(予定)年月日 年 月 日	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

医療機関記入欄

診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
診療額	円	
上記の主な治療内容 当てはまるものに☑をしてください	不妊治療	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他( )
	不育治療	<input type="checkbox"/> 不育症の診断にかかわる検査 <input type="checkbox"/> ステロイド療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> アスピリン療法 <input type="checkbox"/> その他( )
保険医の意見	上記の者は、不妊症または不育症の治療が必要であり、申請のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 療養取扱機関の所在地及び名称  保 険 医 氏 名 印	

この欄は記入しないでください

診療額	円	県助成金	円	給付決定額	円
-----	---	------	---	-------	---

※(診療額-県助成金)÷2=給付決定額

不妊症…1年度最大15万円 不育症…1回最大5万、1年度最大3回

事務取扱者

印