

大潟村妊娠（不妊治療）通院サポート費補助金申請書兼請求書

年 月 日

大潟村長 様

大潟村妊娠（不妊治療）通院サポート費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

	ふりがな 氏 名	生年月日
申請者	印	年 月 日（ 歳）
配偶者	印	年 月 日（ 歳）
申請者住所	大潟村字 電話 （ ）	
支払った交通費 ※公共交通機関利用の場合のみ記入		円
申請（請求）金額		円
交付決定額		円

※医療機関名、通院状況等については裏面へ記載すること。

【振込先】

いずれかの受取方法のチェック欄（□）に『✓』を記入して、必要事項を記入してください。

- 大潟村不妊治療費助成事業の受取口座への振込を希望（受取口座欄の記入は不要）
- 上記以外の口座（申請者様本人名義に限る）への振込を希望（受取口座欄の記入が必要）

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 出張所
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	口座名義人	ふりがな			
		氏名			

【添付書類】

- ① 通院状況が確認できる書類（大潟村不妊治療費助成事業と同時申請の場合は、当該申請に係る提出書類をもってこれに代えることができるため、提出を省略することができる。）
- ② （公共交通機関を利用した場合）領収書その他支払いを証する書類

### 通院状況確認書

通院した 医療機関	医療機関名	所在地	
		都 道 府 県	市 区

回数	通院日	交通手段	支払った額 <small>※公共交通機関の場合のみ記入</small>	助成額
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
回目	年 月 日	自家用車 公共交通機関 (            )	円	円
<b>合計</b>			<b>円</b>	<b>円</b>

\* 県内：1回の通院につき 1,000 円（上限 30 回）・県外（自家用車）：1回の通院につき 3,000 円（上限 30 回）・県外（公共交通機関）：実費額の 2 分の 1 の額（上限 20 回）

**【確認事項】**

- 大潟村不妊治療費助成事業の対象者である。
- 給付金の支給要件の該当性等を審査するため、必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提出を他の行政機関等に求める・提出することに同意します。
- この申請書は、村において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

この申請書兼請求書に記載されている内容について、相違ないことを確認しました。

令和      年      月      日

申請者署名 \_\_\_\_\_