

松茂町こうのとり応援事業申請書

	申請者	配偶者(事実婚を含む。)	
フリガナ 氏名			
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)	
電話番号			
住所	〒	※異なる場合のみ記入 〒	
今回の申請回数	回目	前回の申請年月 (初回の方以外)	年 月
公的健康保険 (治療を受けた方のみ記入)			
高額療養費区分	○を付ける。→ ア・イ・ウ・エ・オ		
御加入の公的健康保険の 付加給付金制度について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 □ 今回の治療で公的医療保険により付加給付を支給されている。(□妻 □夫) 1か月の支払限度額(円) ※保険者から受け取った付加給付金が記載された書類など自己負担金の限度額が分かるもののコピーをご持参ください。		
他自治体における助成につい て	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 □ 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また受ける予定はありません。		
申請金額		限度額	
助成決定額 金 円 上記のとおり申請します。この申請書に伴い必要となる次の確認行為が松茂町によってなされることに同意します。 □ 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦の松茂町の町税等の滞納の有無の確認 □ 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 □ 松茂町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供 なお、助成金の請求を担当課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。 年 月 日 申請者 氏 名 配偶者 (夫又は妻が自署) 松茂町長 殿			
(振込口座)			
金融機関		支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注)太枠の中を御記入ください。

添付書類

- 1 松茂町こうのとり応援事業(生殖補助医療「保険診療」)受診等証明書
- 2 医療機関発行の領収書
- 3 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等
- 4 戸籍謄本(1回目のみ)
- 5 住民票(事実婚関係にある場合)
- ※事実婚関係に関する申立書