

大桑村不妊及び不育治療費助成金交付申請書（実績報告書）兼請求書

年 月 日

大桑村長 宛

住 所
 申請者 氏 名
 電話番号



大桑村不妊及び不育治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ 氏名	夫	妻	
生年月日	年 月 日	年 月 日	
加入医療保険	名称 記号 番号	名称 記号 番号	
婚姻年月日	年 月 日		
交付申請額	円（交付申請対象額の9割以内）		
補助金振込先	銀行	支店	預金種類
	信金	支所	口座番号
	農協		口座名義

自己負担額の内訳

診療年月	自己負担額	高額療養費及び 付加給付の額	交付申請対象額
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
合計			円

※1回の申請につき申請できるのは連続する12か月分までとします。

※保険適用となる不妊治療費について申請される場合は、保険適用分のみ対象です。

※上記の金額が分かる領収書、証明書等の写しを添付してください。