

様式第1号（第5条関係）

駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

年度において、ほほえみ支援事業医療費助成金の交付を受けたいので、駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、私の世帯に係る市税等関係資料を、ほほえみ支援事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

記

申請金額		円					
申請金額の算定基礎	医療費等の本人負担額 (保険診療一部負担+保険外) (A)		円				
	国県から助成を受けることができる金額 (B)		円				
	医療保険等の規定により給付を受け ることができる金額 (C)		円				
	(A - B - C) × 1 / 2		円				
加入医療保険	夫	(ふりがな) 氏 名				(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保 険 者 名 (発行機関)				保険者番号	
	妻	(ふりがな) 氏 名				(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保 険 者 名 (発行機関)				保険者番号	
婚姻年月日		年 月 日					
駒ヶ根市への住民登録開始		年 月 日		申請回数	初回	年度申請	

(添付書類)・ 申請金額の算定基礎 (B) 欄に記入の場合は、「長野県不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書」の写し

・ 駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費等証明書

※記入不要	住民登録確認	市税等確認	交付・不交付決定年月日
	登録・登録なし	完納・未納	年 月 日