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

<table>
<tr><td colspan="2">申請金額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">申請金額の算定基礎</td><td colspan="2">医療費等の本人負担額
（保険診療一部負担＋保険外）（A）</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">国県から助成を受けることができる金額　（B）</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">（A－B－C）×1／2</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td rowspan="2">夫</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td></td><td>（どちらかに○）
本人・被扶養</td></tr>
<tr><td>保険者名
（発行機関）</td><td></td><td>保険者番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">妻</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td></td><td>（どちらかに○）
本人・被扶養</td></tr>
<tr><td>保険者名
（発行機関）</td><td></td><td>保険者番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">婚姻年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">駒ヶ根市への住民登録開始</td><td>年　　月　　日</td><td>申請回数</td><td>初回　　年度申請</td></tr>
</table>

（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・不育症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