（様式第５号）（第６条関係）

飯山市こうのとり支援事業補助金支給申請書

年　　月　　日

飯山市長　　あて

飯山市こうのとり支援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	（ふりがな）　　生年月日　　年　月　日（　　歳） 氏名 電話
配偶者	（ふりがな）　　生年月日　　年　月　日（　　歳） 氏名 電話
申請者の住所	〒
配偶者の住所	〒 （申請者と住所が異なる場合に記入してください。）
申請額	円 （１+２+３－４－５） １　医療機関本人負担額　　円 ２　薬局本人負担額　　円 ３　保険適用外本人負担額　　円 ４　高額療養費　　円 ５　国、県等からの補助額　　円

（留意事項）

※　この申請書を提出する際は、上記の医療費に係る領収書の原本をご持参ください。

※　国、県その他地方公共団体からの助成又は補助、医療保険各法による給付金等を受給した方は、助成金額や給付額が分かる書類（写し）を添付してください。

（例）長野県不妊治療助成事業を利用されている方

「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」を添付