

当別町不妊治療費助成金支給申請書

当別町長 宛

申請者氏名 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて、下記のとおり当別町不妊治療費助成金申請書を提出します。  
 不妊治療費助成事業による助成金の支給状況について当別町が他の自治体に照会することや、不妊治療の実施  
 に関して医療機関等に照会することに同意します。

記

夫	ふりがな	生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)
妻	ふりがな	生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 電話 ( )		
住 所	※夫又は妻が町外に住んでいる場合は記入してください。 電話 ( )		
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ※この助成金は限られた公費予算から公正な支出を行うため、1人 当たりの支給回数の上限が決められています。		・ない ・ある → 過去 ( 回 ) 助成を受けた市町村名 ( )	
子の氏名と生年月日 ※今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記入願いま す。治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治 療の助成対象となった子の氏名と生年月日を記入して下さい。		子の氏名 _____ 生年月日 年 月 日生	
申請金額 (C)	金 _____ ※内訳は別紙（裏面）に記入してください。		
振込先金融機関の名称及び口座番号等			
振込先金融機関の名称		口座番号	口座名義
銀行 本店	普通	ふりがな ( )	
金庫 支店	当座		
農協 出張所			

- 添付資料
- ・当別町先進不妊治療費助成事業受診等証明書
  - ・先進不妊治療費に係る領収書と明細書の写し
  - ・助成金振込金融機関口座確認書類（通帳、キャッシュカード等の写し）
  - ・夫婦の住民票
  - ・夫婦の完納証明書
  - ・事実婚関係に関する申立書（事実婚関係にある場合）
  - ・戸籍謄本（事実婚関係にある場合又は、第2子以降の申請の場合）

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	助成基準額※2	助成額※3
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

※1：実際にかかった金額を記入してください。

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：Bに記入した金額に10分の7を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は切り捨ててください。