

興部町不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

興部町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟

興部町不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申 請 の 種 類		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療	<input type="checkbox"/> 不育症治療
夫	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所		興部町		
		電話		
		夫婦で住所が異なる場合 (夫・妻)		
		電話		
交付申請額	治療に要した自己負担額	A		円
A-(B+C)+D= 円	北海道不育症治療費助成額	B		円
	助成対象外の治療費	C		円
	交通費	D		円
同 意 書				
<p>私たちは、興部町不妊治療費等助成金の交付要件の確認のため、興部町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査すること、また受療した不妊治療内容について興部町長が医療機関へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 夫 <span style="float: right;">㊟</span> 妻 <span style="float: right;">㊟</span></p>				
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			
農協	本所	当座		
漁協	出張所			

添付書類

- (1)住民票謄本（夫婦別世帯の場合は夫及び妻の住民票抄本（記載事項（個人番号を除く。）の省略をしていないもの（発行日から3ヶ月以内））
- (2)不妊治療を受けた医療機関及び当該医療機関が処方した不妊治療のための処方薬に係る調剤薬局発行の領収書
- (3)夫及び妻の所得額を証明する書類（不育症治療費助成の申請時のみ）
- (4)その他対象者等の確認に必要な書類