

余市町不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

余市町長 様

申請者 氏名

印

余市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。

申請の種類		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療 <input type="checkbox"/> 先進不妊治療 <small>※該当するものの□にレを記入してください。</small>			
夫	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)	
妻	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所		〒	電話		
住所(夫・妻) <small>※夫婦の住所が異なる場合</small>		〒	電話		
今回の申請に係る不妊治療費等について、他の市町村の助成を受けている、又は受ける見込がありますか。 <input type="checkbox"/> ない					
a 治療に要した自己負担額				円	
b 上記の自己負担額のうち、北海道より助成を受けた額				円	
c 助成申請額 (a - b)				円	
振込先	金融機関名	信用金庫・銀行		本店・支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(ふりがな) 口座名義人	()		(申請者と同じ)	

1 注意事項

- この申請書は、申請の種類ごとに作成してください。
- 男性不妊治療に対する助成申請は特定不妊治療に対するものと同様に行ってください。

2 添付書類等

- 余市町不妊治療費等助成金交付申請に係る状況照会に関する同意書 (第2号様式)
- 一般不妊治療の場合は、余市町一般不妊治療医療機関受診等証明書 (第3号様式)
- 特定不妊治療、男性不妊治療の場合は、余市町特定不妊治療医療機関受診等証明書 (第4号様式)
- 不育症治療の場合は、余市町不育症治療医療機関受診等証明書 (第5号様式)
- 先進不妊治療の場合は、余市町先進不妊治療受診等証明書 (第6号様式)
- 治療及び調剤に係る領収書 (コピー不可)
- 医療保険証の写し (夫婦分)
- 北海道特定不妊治療費助成事業又は北海道不育症治療費助成事業の助成を受けている場合には、北海道の助成決定通知書の写し
- その他、振込先口座が確認できる書類(通帳)、印鑑(朱肉を使用するもの)

【町処理欄】 (以下の欄は記入しないでください。)

受付番号	決定年月日	交付・不交付	年 月 日	助成額	円
—	支出年月日		年 月 日	申請回数	回目