

江差町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所 檜山郡江差町字
氏 名 ⑩

別紙関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請の種類		☐ 一般不妊治療 ☐ 生殖補助医療 ☐ 先進不妊治療 ☐ 男性不妊治療 ☐ 交通費			
夫	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	加入保険	☐ 国保 ☐ 組合国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ その他 ()			
妻	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	加入保険	☐ 国保 ☐ 組合国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ その他 ()			
住 所		檜山郡江差町字		電話番号	
過去にこの助成金を受けたことがありますか ・ ない ・ ある→過去 (回) 受けたことがある。 (時期は 年 月) 助成を受けた市町村名 ()					
申請金額 (一般不妊治療)				金	円
申請金額 (生殖補助医療。男性不妊治療分除く)				金	円
申請金額 (先進不妊治療)				金	円
申請金額 (男性不妊治療)				金	円
※高額療養費自己負担上限額					円
申請金額 (交通費)				金	円
申請金額 (宿泊費)				金	円
申請金額合計				金	円
振 込 先	銀行 本店 信用金庫 支店		預金項目	普通・当座	
	フリガナ 口座名義		口座番号		
上記申請について、助成金決定のため、住民基本台帳及び町税納付状況等の個人情報を閲覧し確認することに同意します。また、必要に応じて、他の市町村や主治医に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。					
年 月 日					
氏名		夫 ⑩	妻 ⑩		
(夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください)					

※役場記載欄

添付書類	支給	支給額
①一般不妊治療費用助成事業受診等証明書 または 生殖補助医療及び先進不妊治療費用助成事業受診等証明書 ②領収書の写し ※高額療養費に該当する場合は、支給決定通知書の写しも添付 ③健康保険証の写し ④宿泊費の領収書 (宿泊費を申請する場合)	・ 決定 ・ 却下	 円