

## 幌延町先進不妊治療費等助成申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生 年 月 日
	( )  ※本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に紹介することについて同意します。	男性 ・ 女性	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
配偶者	同居 ・ 別居 ( ) ※別居の場合、配偶者の市町村名	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
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の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) 受けたことがある。 助成を受けた自治体名 ( )			
今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※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を記入 して下さい。			
子の氏名	子の生年月日	年 月 日	
※内訳は別紙に記入してください。(別紙申請金額内訳書で算出した補助額を記入)			
申請金額 (治療費) 金 _____ 円			
申請金額 (交通費) 金 _____ 円			
申請金額 (文書料) 金 _____ 円			
申請金額 合 計 金 _____ 円			
年 月 日			幌延町長 様
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 (注)
銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 出張所	普 通 当 座	ふりがな ( )	
○添付資料 ・受診等証明書 ・(交通費を申請する場合) 経路が分かる書類 (GoogleMap等による) ・領収書 ・(2子以降の場合) 子の情報が分かる書類 (戸籍謄本等) ・住所が分かる書類			

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	補助基準額※2	補助額※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。

○文書料

かかった費用	補助額 (10/10)
円	円

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する

証 明 書

この助成金は、限られた交付予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この情勢欣男以前の受給状況を確認することがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。