

様式第1号 (第6条関係)

不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者  
住 所  
氏 名 印  
電話番号

下記のとおり不妊治療費等の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏 名	夫	( )	生年月日 年 月 日 ( 歳)	
	妻	( )	生年月日 年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒			
治療の種類	特定不妊治療 ・ 一般不妊治療 ( ) ・ 不育症治療			
交付申請額	円			
振 込 先	銀行・信金・農協		本店・本所	
	漁協・ゆうちょう銀行		支店・支所	
	種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
同 意 書				
私たちは、枝幸町不妊治療費等助成金の交付要件確認のため、枝幸町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 年 月 日				
氏 名	夫		印	妻
				印

※裏面の注意事項をご覧ください

※以下は記入不要です。(町記入欄)

申請内容	特定不妊治療	回目	不育症治療	回目
	一般不妊治療	1・2・3 年目	既交付額	円
助成の可否	承認	助成決定額	円	
	不承認	(理由	)	

## 1 注意事項

- ・ 申請書は、治療の種類ごとに記載してください。
- ・ 特定不妊治療に対する助成は、北海道特定不妊治療費助成事業の助成決定を受けた方が対象となります。
- ・ 不育症治療に対する助成は、北海道不育症治療費助成事業の助成決定を受けた方が対象となります。
- ・ 医療保険各法の規定による入院時食事療養費に係る療養を受ける方については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除きます。
- ・ 文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は除きます。
- ・ 申請期限は、特定不妊治療及び不育症治療については、原則、治療を終了した年度内に、一般不妊治療については、助成を受けたい治療の開始後、1年以内に申請してください。

## 2 添付書類

### 特定不妊治療

- ・ 不妊治療費等助成受診等証明書（様式第2号）又は、北海道特定不妊治療費助成事業の申請に際し添付する特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ・ 北海道特定不妊治療費助成事業の助成決定通知書（指令書）の写し
- ・ 医療保険の被保険者証の写し
- ・ 不妊治療費の領収書の写し

### 一般不妊治療

- ・ 不妊治療費等助成受診等証明書（様式第2号）
- ・ 夫婦の所得を証明する書類
- ・ 医療保険の被保険者証の写し
- ・ 不妊治療費の領収書

### 不育症治療

- ・ 不妊治療費等助成受診等証明書（様式第2号）又は、北海道不育症治療費助成事業の申請に際し添付する不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- ・ 北海道不育症治療費助成事業の助成決定通知書（指令書）の写し
- ・ 不育症治療費の領収書の写し