

当麻町不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

当麻町長 宛

申請者 住所  
氏名  
電話番号 印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

対象者	夫氏名	(フリガナ )	夫の生年月日 年 月 日生( 歳)			
	妻氏名	(フリガナ )	妻の生年月日 年 月 日生( 歳)			
	住所 (下の欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入して下さい)	〒 —	電話 ( )			
		〒 —	電話 ( )			
	加入医療保険(夫)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者				
加入医療保険(妻)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者					
過去の助成状況 無・有( 回)	時 期	自治体名	年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店	預金 種別	普通 当座	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	( )			
治療にかかった金額の合計	金	円				
<b>同意書</b>						
◆私たちは、当麻町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、当麻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。 ※町税の滞納がある場合は、助成の対象となりません。 ※印鑑は申請者欄に押印したものと同一でお願いします。						
平成 年 月 日						
氏名 夫		印		妻 印		

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座としてください。

\*行政機関等において事務に必要な理由があると認められるときには、こちらの情報を利用・提供することがあります。

※当麻町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認)決定年月日	
---------	--	---------------	--

助成決定額	
-------	--

◎裏面に「助成対象となる方の要件」「申請に必要なもの」を記載しています。必ずお読みください。

<助成対象となる方の要件>

次の1～6の要件をすべて満たす夫婦が対象となります。

- 1 婚姻が確認できる法律上の夫婦であり、医療機関において不妊症と診断され、不妊治療を受けている者
- 2 夫婦のいずれも1年以上当麻町に住所を有している者
- 3 医療保険各法による被保険者、組合員又は被扶養者である者
- 4 治療期間の初日の妻の年齢が43歳未満である者
- 5 夫婦及びその属する世帯のいずれも町税の滞納がない者  
(町税とは、町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税等です。)
- 6 夫及び妻の前年の所得の合計額が730万円未満である者(1月～5月の申請は前々年の所得)

<申請に必要なもの>

- 1 当麻町不妊治療費助成事業申請書(様式第1号)
  - 2 当麻町不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
  - 3 不妊治療に要した費用の領収書
  - 4 夫及び妻の所得額を証明する書類
  - 5 健康保険証(夫婦ともに提示してください)
  - 6 印鑑(申請者欄に押印したもの)
  - 7 「北海道特定不妊治療費助成事業」による助成金額を証明できる書類(事業該当者のみ)
- ※7を提出された場合は2、3、4の書類は不要です。