

中川町不妊・不育症治療費助成申請書

年 月 日

中川町長様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

関係書類を添えて下記のとおり不妊・不育症治療費の助成を申請します。

記

申請内容		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療	<input type="checkbox"/> 不育症検査・治療	
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	〒		電話 ( )	
	加入医療保険	夫：【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 妻：【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 ( )			
過去の助成状況 無・有 ( 回)		時 期 年 月		年 月	
申請額	一般不妊治療 (上限額 10 万円/年)	申請額 円※		※別記様式 2 号における本人負担額合計及び下記自己負担額 (C) が、各上限額に満たない場合はその額	
	注：(A)(B)には北海道の助成事業の指令文に記載されている額を記入	助成対象経費 (A)	北海道治療費 助成額(B)	自己負担額 (C) [(A)-(B)]	申請額※ (C)
	特定不妊治療 (上限額 20 万円/回)	円	円	円	円
	不育症検査・治療 (上限額 10 万円/回)	円	円	円	円
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協		預金種別	普通 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人		( )	
同意及び誓約書					
<p>私たちは、中川町不妊・不育症治療費助成金の交付要件の確認のため中川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。また、他の市町村で、この申請にかかる治療費等にかかる助成を受けていないことを誓約します。</p> <p>年 月 日 氏名 夫 ㊞ 妻 ㊞</p>					

注) 太枠の中をご記入ください。

※中川町記入欄

添付書類	共通	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 所得確認書類
	一般	<input type="checkbox"/> 中川町一般不妊治療費助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 治療等に係る領収書
	特定・不育症	北海道治療費助成事業にかかる <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費助成事業受診等証明書及び指令文の写し <input type="checkbox"/> 不育症治療費助成事業受診等証明書及び指令文の写し