共通様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

美幌町長　　様

申請者　住　所

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

氏　名

生年月日　　　　　　年　　月　　日生(　　　歳)

電　話

美幌町（特定・先進）不妊治療費支援金交付申請書

美幌町（特定・先進）不妊治療支援金の交付を受けたいので、美幌町（特定・先進）不妊治療支援金交付要綱第６条）の規定に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者 | フリガナ氏　名 | 年　　月　　日生(　　　歳) |
| □申請者と同じ住所 |
| 婚姻関係 | □婚姻関係にある　　　□事実婚 |
| 助成状況 |  | 特定不妊治療 | 先進不妊治療 |
| ①過去の助成 | ない・ある | ない・ある |
| ②回数、助成自治体名 | (　　)回、（　　　　　）市町村 | (　　)回、（　　　　　）市町村 |
| ③今回の助成 | (　　)回目※治療区分Ａ～Ｃのみ | (　　)回目 |
|  |  |  |
| 高額療養費 | ※特定不妊治療の場合は、どちらかにチェックをつけてください。□治療開始前に申請　　　□限度額を超える支払い月はなかった |
| 受取口座 | 銀行・信金　　　　本店信組・農協　　　　支店 | 口　座　番　号 |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | □申請者と同じ電話 |
| 申請額 | **今回申請額⑧**（④＋⑦） | 円 |  |
| 特定不妊治療 | ①医療機関に支払った額 | 円 | 様式第２号③の合計金額 |
| ②調剤薬局に支払った額 | 円 | 別紙１⑴調剤薬局支払い金額内訳の②の合計金額 |
| ③高額療養費等還付金額 | 円 | 限度額証を提示し治療費の支払をした場合は記入不要です。 |
| 小計(④) | 円 |  |
| 先進不妊治療 | ⑤治療費 | 円 | 別紙２の⑴治療費 |
| ⑥交通費 | 円 | 別紙２の⑵交通費 |
| 小計(⑦) | 円 |  |

**【添付書類】**※裏面

【添付書類】

＜共　通＞

・医療機関が発行した領収書及び明細

・美幌町（特定・先進）不妊治療費支援金の申請に係る同意書（様式第３号）

・戸籍謄本（事実婚の場合）

・住所が分かる書類（事実婚の場合及び美幌町に住民票がない場合）

＜特定不妊治療＞

・美幌町特定不妊治療費助成事業に関する受診証明書（様式第２号）

・調剤薬局が発行した領収書及び明細　＊院外処方がある場合（別紙１）

・高額療養費還付決定通知書（治療途中、治療終了後に申請した場合）

・付加給付等の金額の確認できるもの

＜先進不妊治療＞

・美幌町先進不妊治療支援事業受診等証明書（様式第２号）

・医療機関までの経路が分かる書類　＊交通費を申請する場合（別紙２）

【注意事項】

この支援金は、限られた公費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、この助成金の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。