

年 月 日

美幌町長 様

申請者 住 所
 (フリガナ)
 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)					
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所						
婚姻関係	<input type="checkbox"/> 婚姻関係にある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 治療開始前に申請 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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1(1)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(1)治療費			
		⑥交通費	円	別紙2の(2)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。