

天塩町不妊治療費等助成事業申請書

令和 年 月 日

天塩町長 宛

申請者 住所 天塩町
氏名

天塩町不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療			
夫	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	加入保険	【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		
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	加入保険	【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		
住所	天塩町 電話			
交付申請額	円 (1,000円未満切捨)			
対象治療に要した自己負担額 (a) _____円				
付加給付額 (北海道助成金等) (b) _____円				
助成対象不妊又は不育治療費 (a - b) _____円				
同意書				
私たちは、天塩町不妊治療等助成金の交付要件の確認のため、天塩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。				
令和 年 月 日				
氏名 夫 印 妻 印				
振込先	銀行・信金		本店・支店	預金種目
	(フリガナ) 口座名義人		口座番号	

※1 夫婦のどちらか一方（振込先の口座名義人となる方）を申請者としてください。

【裏面に注意事項の記載がありますので、必ずお読みください。】

1 注意事項

- ・この申請書は、申請の種類ごとに作成してください。
- ・特定不妊治療、男性不妊治療及び不育治療に対する助成は、北海道で実施する助成事業（道不妊治療費助成事業または北海道不育症治療費助成事業）による助成の決定を受けた人が対象となりますので、北海道の助成決定通知書が届きましたら、速やかに申請してください。
- ・男性不妊治療に対する助成申請は、特定不妊治療に対するものと同様に行ってください。
- ・助成申請額に千円未満の端数がある場合は、当該端数を切り捨てた額となります。

2 添付書類

(1) 共通

- ・不妊治療等に要した費用の領収書（確認後、写しをいただき、原本はお返しします。）
- ・夫及び妻の戸籍謄本、又は戸籍全部事項証明書（日本国籍を有しない者にあつては住民票の写し）
- ・健康保険証（夫婦ともに提示してください）

(2) 一般不妊治療の場合

- ・一般不妊治療医療機関等証明書（別記第2号様式）

(3) 特定不妊治療又は男性不妊治療の場合

- ・特定不妊治療・男性不妊治療医療機関等証明書（別記第3号様式）

(4) 不育治療の場合

- ・不育治療医療機関等証明書（別記第4号様式）
- ・北海道不育治療費助成事業の助成決定通知書の写し

(4) その他

- ・北海道特定不妊治療費助成事業又は北海道不育治療費助成事業の助成申請に添付した書類と共通しているものは、当該申請に添付した書類の写しとすることができます。