

本別町長 佐々木 基裕 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

本別町不妊治療費助成金交付申請書

不妊治療助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

	夫	妻	
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	
申請者と別の住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入 〒		
過去の助成の有無	過去に不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか 無 ・ 有 → 前回申請 (年 月) 助成を受けた市町村名 本別町 ・ その他 ()		
助成金申請額	一般不妊治療	円	
	特定不妊治療	円	
振込先	金融機関	銀行・信金・農協	本店・支店 本所
	フリガナ		普通・当座
	口座名義人	口座 番号	

※太枠内をご記入下さい。

※申請者と同一でお願いします。

同意書

この申請に係る者の町税等収入状況を町が照会、調査、閲覧することに同意します。

申請者氏名 _____

【必要書類】

- ①本別町不妊治療費受診等証明書（様式第2号）
- ②助成対象治療に係る医療機関発行の領収書
- ③助成対象治療に係る薬剤証明書と領収書
- ④高額療養費の支給を受けているものは証明書の写し
- ⑤付加給付に関する書類（付加給付を受けた場合）
- ⑥口座の確認できるものの写し（通帳等）
- ⑦事実上婚姻関係にある場合は事実上婚姻関係に関する申立書（様式第3号）
- ⑧その他町長が必要と認める書類