

本別町長 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。

※太枠内をご記入下さい。

		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	
	交通費 (特定不妊治療)	円 ※内訳を裏面に記入してください	
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	

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
※交通費の申請がある場合は診療日ごとの領収書
- 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 (裏面に続く)

交通費内訳（特定不妊治療）

※1	受診日	かかった費用 ※2	自宅から医療 機関の距離 ※3	補助基準額	補助額
1回目	年 月 日	円	km	円	円
2回目	年 月 日	円	km	円	円
3回目	年 月 日	円	km	円	円
4回目	年 月 日	円	km	円	円
5回目	年 月 日	円	km	円	円
計		円		円	円

※1 助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2 公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。わからない場合や自家用車を使用している場合は空欄で構いません。

※3 GoogleMap等で計測した距離を記入してください。