様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　月形町特定不妊治療費助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

月形町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | | | | 生年月日 | |
| 夫（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 昭和・平成　　年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 妻（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 昭和・平成　　年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 住　　所 | | 〒  電話 | | | |
| 過去に月形町又は他の市町村で特定不妊治療に関する助成を受けたことがありますか。  　　・ない　　・ある（過去　　回受けた事がある）⇒助成を受けた市町村名（　　　　）  　今回の治療が第２子以降の特定不妊治療である場合のみ記載願います。  　　※治療対象の子どもごとの助成回数になりますので、以前に特定不妊治療の助成対象となった子がいる場合は、子の氏名を記載してください。氏名（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 申請額 | A特定不妊治療費用  （男性不妊治療分を除く）  円 | | B北海道の助成決定額  円 | | C助成対象治療費（A-B）  円 |
| D男性不妊治療費分  円 | | E北海道の助成決定額  円 | | C助成対象治療費（D-E）  円 |
| 申請金額（男性不妊治療費分を除く）　　金　　　　　　　　　　　円  申請金額（男性不妊治療費分）　　　　　金　　　　　　　　　　　円  申請金額　　合　計　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円 | | | | |

|  |
| --- |
| 月形町特定不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、助成の可否を決定するため、次のことに同意します。   1. 住民基本台帳情報、町税の納付状況等の個人情報の閲覧及び確認を行うこと。 2. 必要に応じて、北海道及び他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供すること。   　　　年　　月　　日  　　　　氏名（夫）　　　　　　　　　　㊞　　　氏名（妻）　　　　　　　　　　㊞ |

（添付書類）

　□北海道特定不妊治療費助成事業の助成決定通知書の写し

　□北海道特定不妊治療費助成事業の申請をする際に添付する特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

　□治療及び調剤に係る領収書の写し