様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　月形町不育症治療費等助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

月形町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　関係書類を添えて次のとおり不育症治療費等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不育症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（　　　　） | | | | | | |
| 申請額 | A不育症検査、治療費自己負担額  円 | | B北海道不育症治療費助成決定額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | C交通費  (1,000円×通院　回)  円 | D助成対象額  （A-B＋C）  　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 月形町不育症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）

　□北海道不育症治療費助成事業の助成決定通知書の写し

　□北海道不育症治療費助成事業の申請をする際に添付する不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

　□不育症検査、治療及び調剤に係る領収書