様式第１号

妹背牛町不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

妹 背 牛 町 長　　様

住所

氏名

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請いたします。

	夫	妻
（フリガナ） 氏　名		
生年月日	年　　月　　日生 （　　）　歳	年　　月　　日生 （　　）　歳
住所	妹背牛町 電話番号	
過去の 助成利用	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 □ない □ある　→助成を受けた回数：（　　）回、自治体名：（　　） 助成内容：（　　）	

申　請　額		
①保険適用（医療機関）	円	【高額療養費・付加給付等】 □なし　□あり（　　円） □申請中・未確定 ※支給額を控除して申請してください。 ①＋②＋③＋④＋⑤－給付額 **申請額**　　**円**
②院外処方（薬局）	円	
③先進医療	円	
④交通費	円	
⑤文書料	円	

振込先	金融機関名	支店名	種　類	口座番号
	□JA北いぶき □北空知信金 □	□妹背牛支店 □	□普通 □当座	
	口座名義人（カタカナ） （注）原則、申請者と同一人物としてください。			

添付書類 □①妹背牛町不妊治療費助成事業受診等証明書【様式第２号】
□②医療機関の領収書及び診療明細書
□③院外処方に係る薬局の領収書及び調剤明細書（該当する場合）
□④高額療養費・付加給付等の支給決定通知書（該当する場合）
□⑤その他町長が必要と認める書類

申請にあたり、必要に応じ、住民基本情報、納税状況などの個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。　（注）夫婦両方の署名が必要です

（夫） 氏　名	（妻） 氏　名