様式第１号（第５条関係）

特定不妊治療費用助成申請書

年　　月　　日

幕別町長　様

申請者

　　　　郵便番号

住　　所

氏　 名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　幕別町特定不妊治療費用助成実施要綱の規定により、次のとおり特定不妊治療費用の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 夫の氏名 | |  | | | 夫の生年月日 | | 年　　月　　日(　 歳) |
| 妻の氏名 | |  | | | 妻の生年月日 | | 年　　月　　日(　 歳) |
| 今回の不妊治療の治療の期間 | | | | 夫 | 年　　月　　 日～　　　年　　月　　日 | | |
| 妻 | 年　　月　　 日～　　　年　　月　　日 | | |
| 今回の不妊治療を受けた医療機関名 | | | | 夫 |  | | |
| 妻 |  | | |
| 今回の不妊治療に要した費用 | | | | 夫 | 円 | | |
| 妻 | 円 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行  金庫  農協 | | | | 本店  支店  出張所 |
| 預金種別 | | 普通・当座・貯蓄 | 口座番号 | |  | |
| 口座名義人  （申請者） | | フリガナ | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| 同　意　書  幕別町特定不妊治療費用助成実施要綱第６条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配偶者 |

【必要書類】

１　北海道特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定に基づく助成の決定を受けた夫婦

⑴　北海道特定不妊治療助成事業実施要綱に基づく助成の決定を受けた指令書の写し

⑵　医療機関が発行する特定不妊治療に要した費用の内訳が記載された領収書の写し

２　上記１以外の夫婦

⑴　特定不妊治療費用助成受診等証明書（様式第２号）

⑵　住民票謄本（記載事項の省略していないもの）

⑶　戸籍謄本その他婚姻関係を証明できる書類

⑷　医療機関が発行する特定不妊治療に要した費用の内訳が記載された領収書の写し

※１　　夫婦ともに幕別町に住所を有し、上記事項に同意された方は、住民票謄本の添付は不要です。また、婚姻関係が住民基本台帳で確認できる場合は、戸籍謄本も不要です。

※２　　単身赴任等で夫婦の一方が町外に住所を有する場合は、戸籍謄本と町外の方の住民票が必要です。