様式第１号（第５条関係）

幕別町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、特定不妊治療費用の助成を申請します。

申請額（一治療分）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 夫 | | 妻 | | |
| 氏　　名 | |  | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | |
| 申請者と別の住所 | | ＊夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻） | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  組合  農協 | | 本店・支店  本所・支所  出張所 | | |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | ゆうちょ銀行の場合 | | 店名 | 店番 |
| 口座番号 |  | | | | |
| 口座名義人 | | フリガナ | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| 同　意　書  幕別町特定不妊治療費用助成実施要綱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、治療状況、医療費の支払い状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。  夫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妻 |

【必要書類】

1. 医療機関が発行する生殖補助治療、男性不妊治療の領収書の写し
2. 幕別町特定不妊治療助成事業受診等証明書（様式第2号）
3. 口座の確認できるものの写し（通帳等）
4. 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は町外の方の住民票謄本、戸籍謄本
5. 高額療養費支給決定通知書（高額療養費が適用されている場合、申請額が高額療養費限度額未満の場合は不要）
6. 事実婚で同一世帯でない場合は、事実婚関係に関する申立書・認知意向確認書