

登別市不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

登別市長 様

住所  
申請者  
氏名

登別市不育症治療費助成事業について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻
(ふりがな)		
氏名		
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 電話番号	※夫と同じ場合は省略できます。 〒 電話番号

過去に登別市又は他の市区町村で不育症治療費に対する助成金を受けたことがありますか。  
 ない       ある ⇒ 過去 ( 回) 受けたことがある  
 助成を受けた市区町村名 ( )

※「申請額」欄の(A)及び(B)には、北海道不育症治療費助成事業による助成金を受けた場合には、北海道不育症治療費助成事業の決定指令文に記載されている「助成対象経費」及び「助成金の額」を、所得要件により北海道不育症治療費助成事業の対象外となる場合には、「助成対象経費」のみを記入してください。

申請額	助成対象経費 (A)	検査	円	北海道不育症治療費助成額 (B)	検査	円
		治療	円		治療	円
		合計	円		合計	円
	(A) - (B)	検査	円	助成額 (上限5万円)	合計	円
		治療	円			
		合計	円			

私たちは、登別市不育症治療費助成事業の申請にあたり、登別市が助成金の交付を決定するために、住民基本台帳、市税の納付状況、その他決定に必要な各種資料についての確認を行うことに同意します。

また、必要に応じて、北海道並びに他の市区町村に対し、この申請に関係する情報の照会、又は提供を行うことに同意します。

(夫) 氏名 \_\_\_\_\_

(妻) 氏名 \_\_\_\_\_

※ご夫婦両方の記名が必要です。

(裏面)

※添付書類

- (1) 北海道不育症治療費助成事業による助成金を受けた場合
- ① 北海道不育症治療費助成事業の助成金の交付決定についての写し
  - ② 北海道不育症治療費助成事業の決定指令文の写し
  - ③ 北海道不育症治療費助成事業の受診等証明書の写し
- (2) 所得要件により北海道不育症治療費助成事業の対象外となる場合
- ① 不育症治療費助成事業受診等証明書 (別記様式第2号)
  - ② 検査・治療に係る領収書

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	計 A+B-C
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円