

様式第1号（第6条関係）

芽室町一般不妊治療費助成金申請書

年 月 日

芽室町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

		夫	妻
ふりがな			
氏 名			
生年月日		年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
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) 〒	
過去の助成の有無		過去に一般不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか 無 ・ 有 → 前回申請 (年 月) 助成を受けた市町村名 芽室町・その他 ()	
治療に要した費用		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	(左詰めで記入)	
口座名義人 (申請者)	フリガナ		

同 意 書

芽室町一般不妊治療費助成事業実施要綱第7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 芽室町一般不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
- ② 住民票謄本※
- ③ 戸籍謄本※
- ④ 口座の確認できるものの写し（通帳等）
- ⑤ 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
- 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（様式第4号）
- ⑦ その他必要と認める書類

※夫婦ともに芽室町に住所を有し、上記事項に同意された方は、②及び③の添付は不要です。

芽室町一般不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称

及び所在地

代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫			妻		
受診者生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
当該受診者が、今回行った一般不妊治療の内容について記入してください。						
・院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・高額療養費限度額適用認定証の有無 <input type="checkbox"/> 有 ア・イ・ウ・エ・オ <input type="checkbox"/> 無						
今回の一般不妊治療の自己負担額の合計						
円						

自己負担額の内訳

診療年月	自己負担額	高額療養費の有無	診療年月	自己負担額	高額療養費の有無
年4月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年10月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年5月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年11月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年6月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年12月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年7月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年1月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年8月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年2月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年9月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年3月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

(記載上の注意)

- 当該受診者に関して行った一般不妊治療に係るもののみご記入ください。
- 文書料、個室料等の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。
- は、該当項目をチェックしてください。
- 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算してください。
- 高額療養費限度額適用認定証の有無が「有」の場合は区分を選んでください。

第
年
月
号
日

芽室町一般不妊治療費助成金交付（不交付）通知書

様

芽室町長

申請のありました「芽室町一般不妊治療費助成金申請書」を審査した結果、次のとおり決定しましたので、芽室町一般不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき通知します。

決 定 内 容		一般不妊治療費助成金を交付します（交付しません）。
助成決定	申請者住所	
	申請者氏名	
	助成額	円
	振込日	
申請却下	却下理由	

事実婚関係に関する申立書

芽室町長 様

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、不妊治療によって生まれた子については認知します。

① 芽室町一般不妊治療費助成金申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 芽室町一般不妊治療費助成金申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)
