先進不妊治療費助成事業申請書特定不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

剣淵町長　様

　　関係書類を添えて、次のとおり先進不妊治療費の助成を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふ　り　が　な）氏　　　名 | 性　別 | 生　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　）㊞※本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に紹介すること及び交付要件の確認のため住民基本台帳、町税等に関する公簿を閲覧し調査することについて同意します。 | 男性　・　女性 | 年　　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | 〒電話　　（　　）　　　　 |
| 配偶者又はパートナー | 同居　・　別居（　　　　）※別居の場合、配偶者の市町村名 | 女性の年齢※申請者が男性の場合のみ記入 | 　　　歳 |
| 過去に先進不妊治療に対して、助成金を受けたことがありますか。　※この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、１人当たりの支給回数の上限が決められています。転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。 |
| ・ない　　・ある→過去（　　回）受けたことがある。　　　　　　　　　　　　　　　　　　助成を受けた自治体名（　　　　　　　　　　）※治療対象のこども毎の助成回数になります |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかった費用※１ | 補助基準額※２ | 補助額 |
| A | B＝A×7/10 | C=Bの額と35,000円を比較し、低い金額 |
| 円 | 円 | 円 |

※１：実際にかかった金額を記入してください。※２：Aに記入した金額に10分の７を掛けた金額を記入してください。小数点以下は切り捨ててください。申請金額　　金　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先金融機関の名称及び口座番号等 |
| 振込先金融機関の名称 | 口座番号 | 口座名義 |
| 銀　行　　　　本　店金　庫　　　　支　店農　協　　　　出張所 | 普　通当　座 | フリガナ（　　　　　　　　） |
| ○添付資料・受診等証明書・領収書 | ・法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認できる場合は不要）・事実婚の場合は戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書 |