

泉崎村不妊治療支援事業助成金申請書

年 月 日

泉崎村長

関係書類を添えて下記のとおり（不妊治療費・不妊検査費）の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日											
申請者	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)											
配偶者	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)											
住所(*1)	〒 連絡先(自宅) (携帯)												
住所(*2)	〒 連絡先(自宅) (携帯)												
過去の助成歴 (治療歴)	(助成内容) 1回目の治療開始時の妻の年齢(*3) ①保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用 ()回 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 ②先進医療 ()回 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 ③保険の回数又は年齢上限超過 ()回 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 ※保険適用による治療 ()回 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上												
申請内容	<input type="checkbox"/> 保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 保険の回数又は年齢上限超過 <input type="checkbox"/> 不妊症検査												
申請回数	()回目 ※回数リセットの場合 子の氏名() 子の生年月日()												
助成申請額													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">a 生殖補助医療に要した費用</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">円</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">申請額</td> </tr> <tr> <td>b 男性不妊治療に要した費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(a+b 又は c) - d と上限額の低い方</td> </tr> <tr> <td>c 不妊症検査に要した費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td>d 他自治体からの助成済み額</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>			a 生殖補助医療に要した費用	円	申請額	b 男性不妊治療に要した費用	円	(a+b 又は c) - d と上限額の低い方	c 不妊症検査に要した費用	円	d 他自治体からの助成済み額	円	円
a 生殖補助医療に要した費用	円	申請額											
b 男性不妊治療に要した費用	円	(a+b 又は c) - d と上限額の低い方											
c 不妊症検査に要した費用	円												
d 他自治体からの助成済み額	円	円											
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所											
	預金種別	普通当座 (ふりがな) () 口座名義人											
	口座番号	(右詰記入、空欄は0埋め)											

(注) 太枠の中を記入してください。

- *1 : 夫婦の住所を記入してください。
- *2 : 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
- *3 : 回数をリセットする場合は、リセット後1回目の治療開始時点の年齢(添付書類)

1. 福島県不妊治療支援事業助成金決定通知書の写し
2. 福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書の写真又は当該治療費に係る領収証の写し
3. 村税等の滞納がないことを確認できる書類(納税証明書又は非課税証明書) ※同意欄に同意があれば省略可
4. 子の住民票、戸籍謄本等 ※助成回数をリセットする場合

同意欄	泉崎村不妊治療支援事業助成金申請書(本書)の審査にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適性を判断するために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。 (申請者) 氏名 _____ (配偶者) 氏名 _____
-----	---