

不妊検査・一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

北広島町長 様

申請者氏名 _____ (印)

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の助成を申請します。

| | | | |
|--|---|--|------------|
| | | (ふりがな) 氏 名 | 生 年 月 日 |
| 助成対象者 | 夫 | () | 年 月 日 (歳) |
| | 妻 | () | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 | 電話 () |
| | 住所(※1) | 〒 | 電話 () |
| 不妊検査・一般不妊治療期間(※2) | 夫 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| | 妻 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 助成申請額 | 円 | (計算式) 対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る 自己負担額合計 _____ 円 × 1/2 = _____ 円 (千円未満切り捨て) 申請額 _____ 円 *上限50,000円以内 | |
| 過去に自治体から受けた不妊検査・不妊治療の助成 | 過去に北広島町から不妊検査費(不妊検査・一般不妊治療費)の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある(年 月頃) <input type="checkbox"/> ない 過去に北広島町以外の自治体から不妊検査や不妊治療に係る助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある(自治体名() 年 月頃) <input type="checkbox"/> ない | | |
| 北広島町不妊検査・一般不妊治療費助成事業実施要綱第2条の規定により、納税等の状況について照会されることを承諾します。 (氏名) _____ (印) | | | |
| 申請受理年月日 | | (承認・不承認) 決定年月日 | |
| 受給者番号 | | | |

注 太枠の中を記入してください。

(※1) 申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。

(※2) 不妊検査・一般不妊治療期間は、助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載してください。