

置戸町不妊治療費助成事業交付申請書

< 申請者 >

置戸町長		様	(申請日)		年	月	日
下記のとおり、特定不妊治療に要した費用の助成金交付を申請します。 なお、申請内容の確認、交付決定のため、置戸町が住民基本台帳を閲覧すること及び他市町村に情報を照会し、 又は提供することについて同意します。							
フリガナ			生年月日	年 月 日			
氏名	署名		個人番号	－ この手続きでは個人番号の記入は不要です －			
			連絡先	－			
住所				続柄	☐ 本人 ☐ その他 ()		

< 対象者 >

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所	☐ 申請者と同じ	

申請額	円	* 申請額 = a - b (ただし、上限 80,000 円とする)
a. 自己負担額(保険適用分)	円	b. 付加給付額(高額医療費等) 円

過去に置戸町又は他の市町村で生殖補助医療に関する助成金を受けたことがありますか。
☐ ない ☐ ある → (過去 回) ・ 助成を受けた市町村名 ()

※自己負担額には保険診療外による治療費を含めることはできません。

< 受取口座 > ※原則として申請者の口座を指定してください

口座名義人	カナ											
郵便局の通帳に振込	通帳の記号				通帳の番号							
					—							
銀行口座に振込					口座番号							
銀行・信金・農協 支店					☐ 普通 ☐ 当座							

置戸町使用欄

本人確認	来庁者	確認事項	審査結果			
①番・免・パ・手帳 他 () ②証・年金・児童・ パス・社員・学生 他 () ③ヒア	☐ 本人 ☐ 代理人 代理権確認手段 ()	☐ 新規 ☐ 継続 (回目) (初回申請: 年 月) ☐ 住民登録 ☐ 他市町村の助成 ☐ 高額医療費等 ☐ 添付書類	☐ 申請を認め、助成金を交付する ※助成決定 () ※助成金交付決定額 ☐ 80,000 円 ☐ その他の金額 (円) ☐ 下記理由により申請を却下する ()			
			受付	入力	審査	

