

上砂川町先進不妊治療費等助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）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
	()	男性 ・ 女性	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話 ()		
配偶者	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者の市町村名	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
過去にこの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。 ・ 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 ()			
今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象のこども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入して下さい。			
子の氏名		子の生年月日	年 月 日
※内訳は別紙に記入してください。 申請金額（治療費） 金 _____ 円 申請金額 合 計 金 _____ 円 年 月 日 上砂川町長 様			
振込先金融機関の名称及び口座番号等 ※申請者名義の口座情報を記入			
振込先金融機関の名称		口座番号	口座名義
銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店 出張所	普 通 当 座	ふりがな ()
先進不妊治療費等助成金の交付を申請するにあたり、町が助成の適否を決定するために必要な次の事項について承諾及び同意します（同意するときは□に✓をしてください）。 ☐ 住民基本台帳情報若しくは町税の納付状況等を確認すること。 ☐ 指定医療機関等に検査等の実施内容を照会すること。 ☐ 他の市町村にこの申請に関する情報を照会若しくは提供すること。 ☐ 出産後最低2年以上継続して町内に居住すること。2年以内で転出する場合は、上砂川町先進不妊治療費等助成事業実施要綱第7条第2項の規定に基づき助成金を返金すること。			
申請者の状況等の確認 【以下は町が記入】 ☐ 新規 ☐ 継続 (回目・初回申請： 年 月) ☐ 住民登録（夫： ☐ 有・ ☐ 無、妻： ☐ 有・ ☐ 無） ☐ 婚姻 ☐ 健康保険証 ☐ 他市町村での助成（有・無） ☐ 市税滞納（有・無） 確認印			

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※ 1	助成額※ 2
A	$B=A \times 7/10$
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。

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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 夫婦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。

○添付資料

- ・上砂川町先進不妊治療費等助成事業受診等証明書（別記第2号様式）
- ・治療及び調剤に係る領収書（指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む。）の写し
- ・住民票の写しその他の住所を確認できる書類
- ・戸籍謄本の写し（事実婚関係にある場合又は第2子以降の治療を行う場合に限る。）
- ・事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式。事実婚関係にある場合に限る。）
- ・死産届又は母子健康手帳の出産ページの写し（死産に至った場合に限る。）
- ・その他対象者等の確認に必要な書類

上砂川町先進不妊治療費等助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）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
	(かみすな はなこ) 上砂 花子	男性・ <u>女性</u>	平成〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇歳)
住所	〒073-0201 上砂川町中央北1条5丁目1-7 電話 62-2222		
配偶者	<u>同居</u> ・別居 () ※別居の場合、配偶者の市町村名	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
過去にこの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。 ・ない ・ <u>ある→過去 (1 回) 受けたことがある。</u> 助成を受けた自治体名 (〇〇市)			
今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象のこども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入して下さい。			
子の氏名	上砂 〇子	子の生年月日	令和 〇年 〇月〇〇日
※内訳は別紙に記入してください。			
申請金額（治療費） 金 129,500 円			
申請金額 合 計 金 129,500 円			
令和 〇年 〇月〇〇日 上砂川町長 様			
振込先金融機関の名称及び口座番号等 ※申請者名義の口座情報を記入			
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	<u>普通</u> 当座 1234567	ふりがな (かみすな はなこ) 上砂 花子	
先進不妊治療費等助成金の交付を申請するにあたり、町が助成の適否を決定するために必要な次の事項について承諾及び同意します（同意するときは□に✓をしてください）。 ☒ 住民基本台帳情報若しくは町税の納付状況等を確認すること。 ☒ 指定医療機関等に検査等の実施内容を照会すること。 ☒ 他の市町村にこの申請に関する情報を照会若しくは提供すること。 ☒ 出産後最低2年以上継続して町内に居住すること。2年以内で転出する場合は、上砂川町先進不妊治療費等助成事業実施要綱第7条第2項の規定に基づき助成金を返金すること。			
申請者の状況等の確認 【以下は町が記入】 ☐ 新規 ☐ 継続 (回 月・初回申請： 年 月) ☐ 住民登録 (夫： ☐ 有・ ☐ 無、妻： ☐ 有・ ☐ 無) ☐ 婚姻			
記入しないでください ☐ 健康保険証 ☐ 他市町村での助成 (有・無) ☐ 市税滞納 (有・無) 確認印			

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※ 1	助成額※ 2
A	$B=A \times 7/10$
185,000円	129,500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。

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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夫婦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。

申請書に添付する書類

- ☐ 先進不妊治療を実施した医療機関が発行した領収書の写し
- ☐ 治療及び調剤に係る領収書の写し
(指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む。)
- ☐ 健康保険証の写し
- ☐ その他 ()
(事実婚の場合)
- ☐ 戸籍謄本
- ☐ 事実婚関係に関する申立書

ご不明な点は、上砂川町役場健康推進課健康係 (電話番号 0125-62-2014) へご連絡ください。