

上砂川町特定不妊治療費助成金交付申請書

令和〇〇年〇月〇〇日

上砂川町長 様

申請者 住所 上砂川町中央北1条5丁目1-7  
氏名 上砂 花子

上砂川町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名	カミナ 知ウ 上砂 太郎	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇歳)
妻	(ふりがな) 氏名	カミナ 花子 上砂 花子	生年月日	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			
住所※1 (夫・妻)	〒 電話			
※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。				
申請額	a 特定不妊治療費用 (男性不妊治療分を除く。)	b 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	c 保険適用外負担費用	
	記入しないでください			
	d 男性不妊治療分	e 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	f 保険適用外負担費用	
	申請金額b(男性不妊治療分を除く。)	金	円	
	申請金額e(男性不妊治療分)	金	円	
	申請金額 合計	金	円	
<p>特定不妊治療費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。</p> <p><input type="checkbox"/> 住民基本台帳情報、町税の納付状況等の個人情報を読覧し確認すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 必要に応じて、他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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、上砂川町特定不妊治療費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。</p> <p>氏名(夫) <u>上砂 太郎</u> 氏名(妻) <u>上砂 花子</u></p>				

※以下は記入しないでください。

町記入欄	収受印  <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 ( 回目・初回申請: 年 月 ) <input type="checkbox"/> 住民登録(夫: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 助成決定</span> <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証及び支給決定通知(有・無) <input type="checkbox"/> 他市町村での助成(有・無) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 助成不可</span> <input type="checkbox"/> 町税滞納(有・無) 確認印
------	--