

四万十町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

四万十町長 様

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

また、この申請の審査のために住民基本台帳、所得及び町税等の納付状況について、公簿等を開覧し調査することに同意します。

申請者	住所	高知県高岡郡四万十町 Tel		
	氏名			
補助事業		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (年目 / 5 年) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 (40歳未満) (回目 / 6 回) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 (40歳以上43歳未満) (回目 / 3 回)		
夫	フリ 氏 ガナ 名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	(歳)
妻	フリ 氏 ガナ 名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	(歳)
対象費用		円	交付申請額	円
添付書類		(1) 不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(別紙) ※高知県知事に提出する特定不妊治療費助成事業受診等証明書がある場合、その写しで可 (2) 児童手当法施行令による控除額等が確認できる所得課税証明書 ※四万十町で確認できる場合は不要 (3) 不妊治療等に要した費用の領収書及び明細書の写し (4) 高知県特定不妊治療助成金が確認できる書類 ※高知県の「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の助成金交付決定の場合のみ		

※町確認欄

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
認 否	承認	不承認(理由)	
算定額	経費合計(領収額) A	円	県助成額 B 円
	助成対象額(A-B) C	円	

別紙

四万十町不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

四万十町長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名

下記の者に対し、必要と認める不妊治療を実施し、これに係る本人負担金を受領したことを証明します。

記

受診者	夫	フリガナ氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	妻	フリガナ氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
治療期間と領収金額	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		年	月	日～	円
			年	月	日	院外処方：
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療(40歳未満)		年	月	日～	円
			年	月	日	院外処方：
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療(40歳以上43歳未満)		年	月	日～	円
			年	月	日	院外処方：
治療方法	・一般不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術法) <input type="checkbox"/> その他 () ・特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他					

※入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

※院外処方がある場合は院外処方の日付を記入してください。

年 月 日

四万十町長 様

住所 高知県高岡郡四万十町
請求者
氏名

四万十町不妊治療費助成金請求書

四万十町不妊治療費助成事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり不妊治療費助成金を請求します。

請求金額
金 _____ 円

振 込 先									
金融機関名	銀行 本店 農 協 支店 信用金庫 支所 信用組合 出張所								
口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰)							
フリガナ 口座名義人									

※請求者及び口座名義人は申請者と同一の方に限ります。