

小平町不妊治療費等助成事業（不育症治療用）申請書

令和 年 月 日

小平町長 宛

申請者 住所 小平町字
氏名

印

小平町不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

夫	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名				
	加入保険	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名				
	加入保険	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
住所	小平町 字 電話				
交付申請額	円				
(内訳については裏面に記入してください。)					
不育症治療に要した本人負担額（a） _____円					
付加給付額（北海道不育症治療費助成金）（b） _____円					
助成対象不育症治療費（a - b） _____円					
同 意 書					
私たちは、小平町不妊治療費等助成金の交付要件の確認のため、小平町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。					
令和 年 月 日					
氏名 夫 _____ 印 妻 _____ 印					
振 込 先	銀行・信金		本店・支店	預金種目	普通・当座
	(フリガナ) 口座名義人		口座番号		

※1 夫婦のどちらか一方（振込先の口座名義人となる方）を申請者としてください。

【裏面に注意事項の記載がありますので、必ずお読みください。】

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	計 A + B - C
1	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
16	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
17	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
18	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
19	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
20	令和 年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円