

北斗市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

北斗市長 様

北斗市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。

申請者	ふりがな 氏名	()	生年月日	年 月 日生 (歳)	
配偶者	ふりがな 氏名	()	続柄	生年月日 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 電話				
配偶者の住所 (注)	〒 電話 (注)申請者と住所が異なる場合に記入してください。				
申 請 額	1. 一般不妊治療の自己負担額 円				
	2. 特定不妊治療の自己負担額 円				
	円 (1+2+3+4-5)				
	3. 先進不妊治療の自己負担額 円 ※別紙「○治療費」の補助額を記入してください。				
	4. 不妊治療に係る交通費等 円				
5. 高額療養費・付加給付支給額 円					
振込先金融機関の名称及び口座番号等					
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		普通 当座		(ふりがな:)	
不妊治療費助成事業の申請をするに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳等の個人情報を開覧し確認することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村やかかりつけ医に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。					
氏名(申請者)			氏名(配偶者)		
※ 以下は記入しないでください。					
市 記 入 欄	収受印 	<input type="checkbox"/> 新規 (一般不妊治療 ・ 特定不妊治療 ・ 先進不妊治療) <input type="checkbox"/> 継続 (一般不妊治療 ・ 特定不妊治療 ・ 先進不妊治療) (回目・初回申請: 年 月・妻の年齢 歳) <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"/> 他市町村での助成 <input type="checkbox"/> 高額療養費の支給 <input type="checkbox"/> 付加給付の支給			<input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 助成不可

◎先進不妊治療を実施された方は、裏面も併せて記入してください。

（別紙）先進不妊治療費に係る申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	補助基準額※2	補助額※3
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

※1：実際にかかった金額を記入してください。

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：B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。