

白糠町不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

白糠町長 様

申請者 氏名

印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費及び交通費・宿泊費の助成を申請します。

夫	しめい 氏名		生年月日	年	月	日
	個人番号					
	加入医療 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	しめい 氏名		生年月日	年	月	日
	個人番号					
	加入医療 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	〒 白糠町					電話番号：
住所（※1） （夫・妻）	〒 白糠町					電話番号：

※1 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

申請欄	治療費 助成金交付 申請額	保険適用 円 保険適用外 円	
		(うち先進医療 円)	
		治療費計 円 (町記載)	
	交通費 助成金交付 申請額	医療機関所在地 (札幌市・帯広市・釧路市・その他：)	
		①基準額 円 (町記載)	②通院回数 回
		③通院のための移動に要した回数 回 ※1往復を1回と数えます。	
	①×③×1/2 交通費計 円 (町記載)		
	日にち	①自己負担額	②基準額 ※①と15,000円(道外は18,000円)を比較してどちらか低い方
			③助成額 (②×1/2)
			宿泊費計
	申請額合計	合計 円 (町記載)	

同意書

- ①白糠町不妊治療費等助成金の交付要件の確認のため、白糠町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します
 ②助成金の交付を受けるにあたり、5年以上白糠町に居住することに同意します
 ③本申請に係る検査または治療の実施内容、過去の治療歴に関して医療機関や前住所地に照会することについて同意します
 (印鑑は申請者欄に押印したものと同一をお願いします。)

年 月 日

氏 名 夫 印 妻 印

振 込 先	金融機関名	銀行・組合・漁協 金庫・農協	本店 支店 ※ゆうちょ銀行の場合は、店 番号を記入してください	普通 当座
	口座番号		フリガナ 口座名義人	(申請者と同一)