

岩内町不妊治療費等助成事業申請書

岩内町長 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。

記

区分	夫		妻	
氏名				
生年月日 年齢	年 月 日生 (満 歳)		年 月 日生 (満 歳)	
医療保険				
住所	〒		電話	
他の自治体からの助成状況	無 _____ ・ 有 _____ (有の場合のみ、内容を以下に記入) 時期： 年 月～ 年 月 自治体名 () 助成内容 ()			
振込先	金融機関名	銀行・信金 農協	本・支店 本・支所 出張所	普通 ・ 当座
	ふりがな 口座 名義	()	口座番号	
申請額	一般不妊治療		円	
	生殖補助医療		円	
	先進不妊治療		円	
	交通費		円	
	合計		円	
申請・同意欄	同意書 岩内町が申請事項確認のため住民基本台帳及び町税納税状況等について、公簿等を閲覧し調査及び 検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に照会することに同意し、申請します。 年 月 日 署名 夫 _____ 妻 _____			

注：太枠内をご記入下さい。振込先は、申請者名義の口座としてください。

申請に必要なもの

1. 岩内町不妊治療費等助成事業申請書（様式第1号）
2. 岩内町一般不妊治療受診等証明書（様式第2号）、岩内町生殖補助医療受診等証明書（様式第3号）、又は岩内町先進不妊治療受診等証明書（様式第4号）。
3. 不妊治療に要した費用の領収書、診療明細書の写し
4. 高額療養費、付加給付の給付決定通知書の写し（該当者のみ）
5. 事実婚関係に関する申立書（該当者のみ）

【以下岩内町記入欄】（以下の記入は必要ありません）

受付者	本人確認	申請日
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

対象者の確認

チェック（○）	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 令和6年4月1日以降に、「対象となる治療」を開始した方 ・ ご夫婦のいずれもが岩内町内に住所を有すること ・ 婚姻関係にあるご夫婦（ <input type="checkbox"/>事実婚 ） ・ 妻の年齢が43歳未満であること ・ ご夫婦ともに町税等の滞納がないこと ・ 他の市町村において、同一治療を受けていない、または受ける見込みがないこと

申請書類の確認

チェック（○）	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 岩内町一般不妊治療受診等証明書（様式第2号） ・ 岩内町生殖補助医療受診等証明書（様式第3号） ・ 岩内町先進不妊治療受診等証明書（様式第4号） ・ 不妊治療に要した費用の領収書および診療明細書の写し ・ 事実婚関係に関する申立書（該当者のみ）

交通費内訳

医療機関等の所在地	1回当たりの助成金の額	受診回数	助成金合計	備考
倶知安町	円	回	円	
小樽市	円	回	円	
札幌市	円	回	円	
その他の市町村	円	回	円	
計		回	円	