

特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書（ 回目）

申請日 年 月 日

南越前町長 様

申請者氏名

（口座名義と同じ）

南越前町特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請（請求）します。

記

夫氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
妻氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 南越前町 電話 - -		
住所（夫・妻）	〒 (夫婦の住所が異なる場合に記入)		
助成金申請額合計 （請求額）	①+②		円
内訳	項目	当該年度 交付決定済額	助成基本額 （様式第4号により算出した額）
	特定不妊治療費	円	円 ① 円
	男性不妊治療費	円	円 ② 円
＜助成金額について＞特定不妊治療費は年間60万円上限、男性不妊治療費は20万円/回上限（当該年度1回限り）にて助成			
助成金振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店 農協 本所・支所	
	預金種別	普通当座	（ふりがな） 口座名義人（ ）
	口座番号 （左詰記入）	店番号	口座番号
添付書類 （右記の□欄を チェック☑して ください）	<input type="checkbox"/> ①特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書 <input type="checkbox"/> ②特定不妊治療指定医療機関受診等証明書 <input type="checkbox"/> ③精巣内精子採取術受診等証明書（妻の治療と併せて男性不妊治療を行った場合） ※②③は県助成対象の場合、県へ申請した証明書の写しで可 <input type="checkbox"/> ④福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し <input type="checkbox"/> ⑤夫婦両人の完納証明書（町税の未納が無い旨を証明するもの） <input type="checkbox"/> ⑥夫婦両人の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> ⑦限度額適用認定証又は標準負担額減額認定証の写し ※⑦が無い場合、健保の方は被保険者（扶養者分は不要）の標準報酬決定・改定通知書の写し 又は給与明細書過去3か月分の写しを提出し、国保の方は以下の同意（署名）を行う。 <input type="checkbox"/> ⑨夫婦又はどちらか一方の住民票抄本※以下の同意（署名）により提出不要 <input type="checkbox"/> ⑩夫婦の戸籍謄本（事実婚の場合は、両人の戸籍謄本、住民票、事実婚関係に関する申立書・意向確認書） ※保険診療の場合－医療機関に提出した婚姻を確認する書類（申告書等）の写しで可 ※県助成事業対象の場合－提出不要		
申請受理年月日	年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	年 月 日

注1）太枠の中をご記入ください。

注2）治療の終了した日の属する年度内に申請してください（やむを得ない理由により申請が遅れる場合はご連絡ください。）

【同意欄】町が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本情報及び所得関係情報等について公簿等を閲覧し調査することに同意します。

申請者（署名）

配偶者（署名）