

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

新温泉町長 様

新温泉町不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請書

次のとおり不妊治療（生殖補助医療）費の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。  
 なお、助成対象要件の確認のため、町が公簿等により調査をすることに同意します。公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

申請者	夫	フリガナ 氏名	⑩	生年月日	年 月 日生 ( 歳)												
	妻	フリガナ 氏名	⑩	生年月日	年 月 日生 ( 歳)												
住所	〒 (電話 )																
住所 (※1)	〒 (電話 )																
○過去にこの助成金を受けたことがありますか (前回申請) 年 月 (※前回申請以降 年 月 日に出生又は死産) 申請回数: 回目(助成制度利用後出生又は死産の場合はそれ以降の申請回数)																	
○他の助成等の受給の有無 (有・無) 受給「有」の場合: 制度名 ( ) 金額 ( 円)																	
<table border="0"> <tr> <td>申請額 (男性不妊治療分除く。)</td> <td>金</td> <td>円 ①</td> </tr> <tr> <td>申請額 (男性不妊治療分)</td> <td>金</td> <td>円 ②</td> </tr> <tr> <td>他の助成等の額</td> <td>△ 金</td> <td>円 ③</td> </tr> <tr> <td>申請額合計(※2)</td> <td>金</td> <td>円 ①+②-③</td> </tr> </table>						申請額 (男性不妊治療分除く。)	金	円 ①	申請額 (男性不妊治療分)	金	円 ②	他の助成等の額	△ 金	円 ③	申請額合計(※2)	金	円 ①+②-③
申請額 (男性不妊治療分除く。)	金	円 ①															
申請額 (男性不妊治療分)	金	円 ②															
他の助成等の額	△ 金	円 ③															
申請額合計(※2)	金	円 ①+②-③															
<p>※1 夫婦の住所が異なる場合、下段に記入する。特に申入れがない場合、決定通知書の送付先は上段の住所とする。</p> <p>※2 申請額は治療区分A・B・D・Eは治療1回当たり上限15万円、C・Fは治療1回当たり上限10万円とし、男性不妊治療は治療1回当たり上限10万円とする。</p>																	

(添付書類)

- 1 新温泉町不妊治療（生殖補助医療）費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 医療機関が発行した診療報酬明細書の写し  
 (高額療養費の対象になる場合は、高額療養費の額が分かる書類の写しも添付)
- 3 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合のみ）
- 4 その他町長が必要と認める書類

(町記入欄)

申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号	公簿確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 妻年齢	