

新冠町マザーリーフ助成金交付申請書

（新冠町不妊治療助成金交付申請書）

平成 年 月 日

新冠町長 様

申請者 住所 新冠町字
氏名

印

（Tel ）

新冠町マザーリーフ事業助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金交付決定の審査にあたり、新冠町職員が関係機関等に対し治療状況や助成状況、並びに私の世帯に係る住民登録資料、税務資料その他の関係資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

（ふりがな） 夫の氏名		夫の生年月日 （年齢）	年 月 日 （ 歳）
（ふりがな） 妻の氏名		妻の生年月日 （年齢）	年 月 日 （ 歳）
治療の方法又は名称等	①体外受精 ②顕微授精 ③人工授精 ④その他（ ）		
助成金交付申請額	金		円
北海道による助成の有無	有（助成金額） 無		円
今回の治療に要した経費	治療費総額 内助成対象治療費		円 円
本年度の申請回数	第 回目		
振込先金融機関名 苫小牧信用金庫 新冠支店 新冠町農業協同組合 本所 （その他 ）		種目 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号
フリガナ			
口座名義			

町	確認区分	確認の結果			確認印	担当課
確認欄	住所登録（婚姻）	有	無			町民生活課
	納税状況	完納	滞納	誓約書		財務課
	助成判定	可	否	否決の理由		

（添付資料～該当項目の番号に○印）

- 医療機関発行の不妊治療に要した費用に係る領収書（内容がわかるもの）又は領収書の写し
- 道助成交付決定書の写し（特定不妊治療で道費助成を受けている場合に限る。）又は不妊治療受診に関する証明書（様式第2号）
- 口座番号等が確認できるもの（通帳の写し）