

## 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）

年 月 日

新冠町長 様

申請者 住 所 新冠町字

氏 名

（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 日生 （ 歳）
（ふりがな） 妻の氏名		妻の生年月日 （年齢）	年 月 日生 （ 歳）
加入医療保険（夫）	【種別】町国保・組回国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険（妻）	【種別】町国保・組回国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者		
治療の方法	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
高額療養費制度等	<input type="checkbox"/> 今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けていない。 <input type="checkbox"/> 今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けている。		
助成金交付申請額	円		
対象治療に要した自己負担額（A）	円		
付加給付額（高額療養費支給額等）（B）	円		
助成対象治療費（A-B）	円		
振込先 金融機関名	1. 銀行 5. 労金 2. 信金 6. 農協 3. 信組 7. 漁協 4. 信連 8. 信漁連		支店名 本店・支店・店 本所・支所 代理店・出張所
分 類	1. 普通 2. 当座	口座 番号	フリガナ 口座名義

町 確 認 欄	確 認 区 分	確 認 の 結 果			確 認 印	担 当 課
	住 所 登 録（婚 姻）	有 無				町 民 生 活 課
	納 税 状 況	完 納	滞 納	誓 約 書		税 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及び調剤に係る領収書（内容がわかるもの）又は領収書の写し
- 不妊治療受診に関する証明書（様式第3号または様式第4号）
- 特定不妊治療又は一般不妊治療に係る高額療養費又は付加給付の支給を受けることが出来る場合は、付加給付の支給が確認できる書類（各保険者から交付される支給決定通知書等）
- 口座番号等が確認できるもの（通帳の写し）