様式第１号（第５条関係）

江差町不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

江差町長　様

申請者　住　　所　檜山郡江差町字

氏　　名　　㊞

別紙関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請の種類		□一般不妊治療　□特定不妊治療　□男性不妊治療		
夫	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日（　歳）
	加入保険	□国保　□組合国保　□健保　□共済　□その他（　）		
妻	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日（　歳）
	加入保険	□国保　□組合国保　□健保　□共済　□その他（　）		
住　所		檜山郡江差町字	電話番号	

過去にこの助成金を受けたことがありますか
・ない　　・ある→過去（　回）受けたことがある。（時期は　年　月）
助成を受けた市町村名（　）

申請金額（一般不妊治療）	金　円
申請金額（特定不妊治療。男性不妊治療分除く）	金　円
申請金額（男性不妊治療）	金　円
※北海道特定不妊治療費助成金等	金　円
申請金額合計	金　円

振　込　先	銀行 信用金庫	本店 支店	預金項目	普通・当座
	フリガナ 口座名義		口座番号	

上記申請について、助成金決定のため、住民基本台帳及び町税納付状況等の個人情報を閲覧し確認することに同意します。また、必要に応じて、他の市町村や主治医に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。

年　　月　　日

氏名　　夫　　㊞　　妻　　㊞

（夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください）

※役場記載欄

添付書類	支給	支給額
①一般不妊治療費用助成事業受診等証明書　　または 特定不妊治療費用助成事業受診等証明書 ※道の助成決定通知書（指令書）の写し、受診証明書の写しを持参した場合省略 ②領収書の写し ③健康保険証	・決定 ・却下	円