

令和〇年 〇月 〇日

益城町長 様

住所 益城町〇〇1-2-3
申請者 氏名 益城 花子
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

益城町不妊治療費助成金交付申請書

益城町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、益城町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

夫婦氏名等		夫	妻
	ふりがな	ましき たろう	ましき はなこ
	氏名	益城 太郎	益城 花子
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
夫婦の住所が異なる場合の住所			
不妊治療が終了した日 ※1		令和〇年 〇月 〇日	
不妊治療費等の合計額 ※2	(A)	196,000	円
高額療養費の給付がある場合は、その金額	(B)	46,000	円
附加給付、助成金等、給付金等がある場合は、その金額	(C)	0	円
交付請求額 ※3	(A-B-C) / 2	75,000	円
添付書類	1 益城町不妊治療費医療機関受診等証明書（別記第2号様式） 2 事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦である場合は、事実婚に関する申立書（別記第3号様式） 3 医療機関発行の不妊治療に係る領収書 4 町税等納入状況調査承諾書（別記第4号様式） 5 その他町長が必要と認める書類		

※1：益城町不妊治療医療機関受診等証明書に記載の、不妊治療の期間における終了日をご記入ください。

※2：益城町不妊治療医療機関受診等証明書に記載の、不妊治療に要した費用〔保険適用（助成対象）〕における治療費の合計を記入してください。

※3：千円未満は切り捨てとなります。

記入の仕方についてご不明な点がある場合は、申請時に確認いたしますので空欄のままお持ちいただいても結構です。