

## 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)

令和 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 ( )		
	男性不妊治療を行った場合の内容 ( )		
助成金交付申請額	金		円
今回の治療に要した経費 (A)	治療費総額 (うち、男性不妊治療費)		円 円)
今回の治療期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
北海道による助成の有無 (B)	有 ・ 無 (有の場合：助成金額)		円)
助成対象治療費 (A-B)			円
振込先金融機関名		種目	口座番号
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 )		1 普通 2 当座 3 その他	
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
- 道助成指令書の写し（特定不妊治療で道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）