

岩見沢市不育症治療費助成事業申請書

岩見沢市長 様

申請年月日 年 月 日

申請者氏名

関係書類を添えて、下記のとおり助成を申請します。

不育症治療費助成事業による助成の交付状況について岩見沢市が北海道へ照会すること、住民基本台帳及び市税等について調査することについて同意します。

夫	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
妻	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒 電話 ()			
住 所 ※住所が異なる場合記入	〒 電話 ()			
助成金交付申請額	円			
a 対象治療に要した自己負担額		円		
b 付加給付額（北海道不育症治療費助成金等）		円		
c 助成対象不妊治療費（a－b）		円		
振込先	金融機関名	銀行・信金・農協店	口座番号	普通当座
	(フリガナ) 口座名義	※申請者と同一		

【添付書類】

1. 岩見沢市不育症治療費助成事業受診等証明書
2. 領収書及び明細書
3. 振込先の通帳の写し
4. 戸籍謄本（夫婦のいずれかが市外に住民登録している方のみ）
5. 事実婚関係に関する申立書（事実婚関係にある方のみ）

※上記 1、2、4、5 の書類については、「北海道不育症治療費助成事業」の申請時に、岩見沢市へ写しを提供することについて同意いただければ不要です。

＜裏面の注意事項もご覧ください＞

<裏面>

(不育症治療費助成事業申請にあたっての注意事項)

1. 申請書は夫婦のうちどちらか一方がまとめて申請してください。
2. 申請者と振込先の名義人を同一にしてください。
3. 記載事項を訂正するときは、すべてに訂正印を押してください。ただし、申請書の助成金交付申請額の訂正はできませんので、間違いのないようにご記入ください。
4. **助成金交付申請額**は、自己負担額から「北海道不育症治療費助成事業」で受けた助成金を差し引いた額となります。限度額は1回の治療につき10万円です。