

様式第1号 (第6条関係)

## 玉川村不妊治療費等助成申請書

年 月 日

玉川村長様

申請者 夫 \_\_\_\_\_

妻 \_\_\_\_\_

不妊治療費等の助成につき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|                    |  |            |            |  |  |  |                     |  |
|--------------------|--|------------|------------|--|--|--|---------------------|--|
| 対象者                | 夫  | ふりがな<br>氏名 |            |  |  |  |                     |  |
|                    |  | 生年月日       | 年 月 日 ( 歳) |  |  |  |                     |  |
|                    | 妻  | ふりがな<br>氏名 |            |  |  |  |                     |  |
|                    |  | 生年月日       | 年 月 日 ( 歳) |  |  |  |                     |  |
| 住所 1               | 〒 _____ 連絡先: _____                         |            |            |  |  |  |                     |  |
| 住所 2               | ※夫婦の住所が異なる場合にご記入ください<br>〒 _____ 連絡先: _____ |            |            |  |  |  |                     |  |
| 今回の申請              | 回目 (前回の申請 年 月)                             |            |            |  |  |  |                     |  |
| 治療期間               | 年 月 日 ~ 年 月 日                              |            |            |  |  |  |                     |  |
| 治療費                | 一般不妊治療費                                    | ①          |            |  |  |  | 円                   |  |
|                    | 不妊症検査費                                     | ②          |            |  |  |  | 円                   |  |
|                    | 生殖補助医療費                                    | ③          |            |  |  |  | 円                   |  |
|                    | 治療費合計                                      | ④ (①+②+③)  | _____      |  |  |  | 円                   |  |
| 県助成金               | 不妊症検査費                                     | ⑤          |            |  |  |  | 円                   |  |
|                    | 生殖補助医療費                                    | ⑥          |            |  |  |  | 円                   |  |
|                    | 県助成金合計                                     | ⑦ (⑤+⑥)    | _____      |  |  |  | 円                   |  |
| 助成申請額              | 不妊治療費等助成申請額                                | ⑧ (④-⑦)    | _____      |  |  |  | 円<br>(上限 200,000 円) |  |
| 他自治体に不妊治療費等助成申請の有無 |  | 有 ( ) ・ 無  |            |  |  |  |                     |  |
| 振込先                | 金融機関名                                      | 銀行 支店      |            |  |  |  |                     |  |
|                    | 種別   | 普通         | 口座番号       |  |  |  |                     |  |
|                    | ふりがな                                       |            |            |  |  |  |                     |  |
|                    | 口座名義人                                      |            |            |  |  |  |                     |  |

(裏面)

**【同意書】**

玉川村不妊治療費等助成申請書（本書）の審査にあたり、住民基本台帳情報や村税等の納付状況について閲覧を行うことに同意いたします。

また、必要に応じ他の市町村に対し、この申請に関する情報の照会又は提供を行うこと及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

氏名 (夫) \_\_\_\_\_ (妻) \_\_\_\_\_

(夫及び妻が自署)

**※担当者確認欄**

|         |  |                |  |
|---------|--|----------------|--|
| 申請受理年月日 |  | (承認・不承認) 決定年月日 |  |
|         |  | 受給者番号          |  |

**添付書類**

1. 玉川村不妊治療費等助成事業受診等証明書（様式第2号）
2. 福島県不妊治療支援事業決定通知書
3. 医療機関発行の診療費の領収書又は写し
4. 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
5. 住所を確認することができる書類