

玉村町こうのとり助成事業補助金交付申請書

年 月 日

玉村町長様

申請者 住所 玉村町大字
氏名
電話

玉村町こうのとり助成事業補助金の交付を受けたいので申請します。

	氏名	生年月日	玉村町への住民登録開始	婚姻日
夫		年 月 日	年 月 日	年 月
妻		年 月 日	年 月 日	

医療 機 関 証 明 欄 ※	診療開始日	年 月 日	病名		
	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	診療額 ※	被保険者負担額 (医療費・薬剤費)			円
		保険診療適用外負担額			円
患者氏名		年 月 日			
		医療機関・保険薬局 住所 氏名又は名称 印			

※ 申請年度(4月1日～翌年3月31日)内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。

補助金の振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通 当座		

※ 裏面のご記入もお願いします。

《以下の欄は記入しないで下さい》

妊娠届	徴税滞納	申請回数	回目 (年度申請)
診療額 ※1	円	助成額 ※2	円

※1 支払い済みの領収書の合計金額 ※2 診療額の1/2の額、千円未満切捨て：上限10万円

※ 申請者の方がご記入下さい。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額	治療の種類 ※	備考
令和6年 4月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
5月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
6月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
7月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
8月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
9月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
10月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
11月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
12月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
7年 1月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
2月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
3月	円	1・2・3・4・5 (AIH・IVF・ICSI)	
合計	円		

上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。

なお、未収金や文書料等不妊治療と認められない項目は受理できません。

※ 治療の種類の内訳

- 1、診察
- 2、検査（頸管粘液検査・性交後検査等）
- 3、処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）
- 4、ホルモン剤等
- 5、その他（AIH（人工授精）、IVF-E T（体外受精）、ICSI-E T（顕微授精）など）

町税等の調査閲覧同意書

私は、玉村町こうのとりのり助成事業補助金の交付に必要な事項として夫婦の「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について、健康福祉課担当係員が調査閲覧することを同意します。

氏名 _____