

様式第 1 号（第 4 条関係）

白老町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

白老町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

白老町不妊治療費助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり白老町不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

(フリガナ) 夫の氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 妻の氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
助成申請額	円		

(添付書類)

- 1 不妊治療受診等証明書（別記様式第 2 号）
- 2 一般不妊治療又は生殖補助医療に係る医療機関発行の領収書
- 3 高額療養費限度額適用認定証

この申請に係る世帯の住民基本台帳情報、税情報等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求めること及び提供することに同意します。
申請者自署

下記の振込先金融機関へ口座振込による支払いを依頼します。

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

※町記入欄（以下は記入不要）

治療開始日	年 月 日
治療開始時点の妻の年齢	歳
助成回数上限	回
今回助成回数	回目
高額療養限度額適用認定証 適用区分・ひと月の限度額	ア：252,600 円 イ：167,400 円 ウ：80,100 円 エ：57,600 円 オ：35,400 円
助成の可否	承認・不承認（理由）
助成決定額	円