

様式第 1 号

寿都町不妊治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

寿都町長 様

※1

申請者 住所 寿都郡寿都町字

氏名

(口座名義人と同一)

税資料開示同意印 ㊞

令和 年度において（特定・一般）不妊治療費補助金を交付されますよう、関係書類を添えて申請します。

記

|         |                   |                |                       |
|---------|-------------------|----------------|-----------------------|
| 夫 の 氏 名 |                   | 夫 の<br>生 年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日生 ( 歳 ) |
| 妻 の 氏 名 |                   | 妻 の<br>生 年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日生 ( 歳 ) |
| 住 所     | 〒 寿都郡寿都町字 (電話番号 ) |                |                       |
| ※2 領収金額 | 円                 |                |                       |
| 振 込 先   | 金融機関              | 金庫 支店<br>銀行    |                       |
|         | 口座番号              | 普通             |                       |
|         | フリガナ              |                |                       |
|         | 口座名義              |                |                       |

●太枠の中を黒ボールペンで記入してください。(消せるボールペンは使用しないでください。)

※1 申請者は夫婦どちらでも構いませんが、振込先口座は申請者名義の口座となります。

※2 領収金額は、文書料など治療に関係ない費用は差し引いてください。また、医師の証明する領収金額と同額であることを確認してください。

|                                                                                                                                                 |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ※寿都町の記載欄                                                                                                                                        |   |
| 申請者の状況等の確認<br>① 寿都町の住民登録の状況 (有・無)<br>② 町税及び使用料等の納付について (未納の状況 有・無)<br>③ 夫婦の合計所得の確認 (730 万未満・730 万以上)<br>④ 今回の申請は、 ____ 回目 (前回までの補助決定額 _____ 円 ) |   |
| 助成決定額                                                                                                                                           | 円 |

様式第 2 号

寿都町不妊治療費補助金交付事業受診等証明書（一般不妊治療用）

下記の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和      年      月      日

医療機関の所在地

医 療 機 関 の 名 称

主 治 医 氏 名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|                 |                                                                                                                                |                                         |   |                                         |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---|-----------------------------------------|
| (フリガナ)<br>受診者氏名 | 夫                                                                                                                              | ( )                                     | 妻 | ( )                                     |
| 受診者生年月日         |                                                                                                                                | 昭和<br>平成      年      月      日 (      歳) |   | 昭和<br>平成      年      月      日 (      歳) |
| 今回の治療期間         | 令和      年      月      日 ～ 令和      年      月      日                                                                              |                                         |   |                                         |
| 今回の検査及び<br>治療内容 | ※該当するものに☑を入れてください<br><br>□検査名：( )<br>□タイミング療法      □薬物療法      □排卵誘発法<br>□人工授精 (      回)<br>□手術療法 (方法： )<br>□その他 ( )            |                                         |   |                                         |
| 院外処方の有無（注1）     | □有り      □無し      ※該当するものに☑を入れてください                                                                                            |                                         |   |                                         |
| 領 収 金 額         | 今回の治療にかかった合計金額<br><br>保険診療分の自己負担額      領収金額      円<br><br>保険外診療分の自己負担額      領収金額      円<br><br>※院外薬局徴収分の自己負担額      領収金額      円 |                                         |   |                                         |

（注1）不妊症の診断に要する費用は補助対象となりません。  
（注2）不妊症に関する検査及び治療（特定不妊治療に該当するものを除く）に係る費用のみをご記入ください。  
（入院費、食事代、暖房費等治療に直接関係ない費用は含まないでください。）  
（注3）院外処方の有無が「有り」の場合、お手数ですが、主治医が患者から支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。