別紙様式１（第６条関係）

広尾町不育症治療費助成申請書

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

	(ふ　り　が　な) 氏　　名	生　　年　　月　　日
夫		昭和 平成　　年　　月　　日生(　　歳)
妻		昭和 平成　　年　　月　　日生(　　歳)
住　所	〒 (電話　　)	
※単身赴任等で住所が異なる場合	〒 (電話　　)	

過去にこの助成金を受けたことがありますか。

・ない　　・ある→過去（　　回）受けたことがある。（時期は、平成　　年　　月）

助成を受けた市町村名（　　）

申請者 氏　名 （夫及び妻が記名押印）	不育症治療費に係る一切の権限を代表して行う者 （振込先口座名義と同一の者） ㊞	㊞

申請金額

申請金額【検査】　　円　　申請金額【治療】　　円

申請金額【交通費】　　円　　申請金額【合計】　　円

申請額積算根拠

（１回の治療等につき北海道が支給する額を控除し、控除後の額に対し10万を限度に助成する。交通費については、妻は３回を限度に、夫は１回に限り助成する。）

添付の書類

＊北海道知事からの助成決定通知書(指令書)の写し

＊北海道知事へ手続の際に添付する不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

＊その他（　　）

年　　月　　日

広尾町長　　様

振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
金庫 銀行　　支店	普通 当座	(ふりがな)

※　不育症治療費助成事業の実施に当たり、広尾町の住民であること、所得の状況及び町税、使用料等の

納付状況等の確認(要綱第６条第１号)についての調査を承諾します。

（申請者自署　　夫　　印　　妻　　印　）

※　広尾町の記載欄

収　受　印	申請者の状況等の確認 ①広尾町の住民登録の状況(登録の有・無) ②町税、用料等の納付について(未納等の状況の有・無) ③今回の申請は、治療Ａ、Ｂ、Ｃ、Ｄ、Ｅ、Ｆ、Ｇ ④通院費助成回数（　　回、札幌・旭川・帯広　金額　　円） ⑤その他(　　)