

東川町不妊治療費助成申請書

平成 年 月 日

東川町長 様

東川町不妊治療助成事業要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 ー 東川町	夫・電話 ー ー 妻・電話 ー ー
治療を受ける医療機関名	医療機関名	
<p>過去に特定不妊治療（体外受精（顕微授精を含む。））の助成を受けたことがありますか () ない () ある（過去 回 助成を受けたことがある。） 今回行う治療について () 一般不妊治療（人工授精） () 特定不妊治療（体外受精（顕微授精を含む。））</p>		
<p>同 意 書</p> <p>助成申請について、申請医療機関と東川町が申請の事実を共有することに同意します。 東川町が申請事項確認のため健康保険の加入状況、住民基本台帳登録情報及び外国人登録原票、町税及び 使用料等滞納状況、所得状況等について公募等による確認及び関係機関へ照会することに同意します。 また、治療費等について医療機関が東川町に直接請求し医療機関に対し、行われた不妊治療の内容・結果 及び妊娠の経過等について照会・支払いすることに同意します。 北海道特定不妊治療費助成事業に該当する場合は、東川町が申請者を代行して申請し、申請者に支払われ た助成額の範囲内で東川町に速やかに返還すること及び東川町が助成回数等の実施状況を照会することに同 意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>夫 _____ (印) 妻 _____ (印)</p>		

※太枠のみ記入して下さい。

添付書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 夫婦の所得の分かる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()				
審査欄	課長	室長	副主幹	合議
次のとおり決定します。 平成 年 月 日				
				受付印