

様式第5号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（男性不妊治療）

吉 岡 町 長 様

吉岡町不妊治療費等助成金の交付に必要な事項として、1. 私及び私の属する世帯の町税の納入状況を閲覧すること、2. 住民基本台帳を閲覧することについて確認することに同意します。

申請日		年 月 日		申請回数： 初回 / 回目						
申 請 者	夫			生 年 月 日	年 月 日生					
	妻				年 月 日生					
	(〒) 吉岡町大字								電話番号	
不妊治療対象児				第 子						
男性不妊治療費等総額			円		一連の継続した治療に要した負担額 合計（医療機関受診証明書と同額記入） ①					
吉岡町不妊治療費等助成金交付申請額			円 (こちらは記入しないでください。)		①÷2 1, 0 0 0 円未満切り捨て					
助成金上限額		男性不妊治療 3 0, 0 0 0 円								
振 込 先	ふりがな									
	口座名義人	※申請者本人の口座に限る。								
	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 出張所					
	口座種別	普通・当座	口座番号							

添 付 書 類 等	1	吉岡町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書(男性不妊治療) (様式第6号)						
	2	不妊治療を受けた医療機関等の領収書及び明細書又はそれらの写し						
	3	振込先金融機関の預金通帳の写し						
	4	吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、戸籍謄本 ※発行日は3月以内						
	5	吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、町税等の納税証明書、完納証明書又は非課税証明書						
	6	助成対象回数を更新しようとする場合は、住民票、戸籍謄本、母子健康手帳の「出産の状態」の項目等						

町処理欄	受付年月日	年 月 日		申請	回目			
	決定年月日	年 月 日		決定事項	不交付・交付(円)			
	被保険者等 であること の確認		種類	確認の方法				
		夫	国保 ・ 社保 ・ 共済 その他()	電子資格確認等 ・ 資格確認書等による確認 その他()				
		妻	国保 ・ 社保 ・ 共済 その他()	電子資格確認等 ・ 資格確認書等による確認 その他()				