

様式第1号（第4条関係）

赤平市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

赤 平 市 長 様

申請者

住 所

氏 名

㊞

（口座名義人と同一の方が、自署・押印）

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 氏 名	(夫)	(妻)		
生年月日	年 月 日生	年 月 日生		
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は記入不用		
申請額	(A)特定不妊治療費用	円	(B)北海道の助成決定額	円
	(A)-(B)の差引額	円	(C)申請額	円

※男性不妊治療を実施した場合

申請額	(D)男性特定不妊治療費用	円	(E)北海道の助成決定額	円
	(D)-(E)の差引額	円	(F)申請額	円

申請するに当たり、必要に応じ、住民基本情報などの個人情報を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供することについて同意します。	氏名(夫) ㊞
	氏名(妻) ㊞

※夫婦両方の記名押印が必要です。

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	支店 出張所 本店	種目 普通預金 当座預金 その他	口座番号			
	口座名義人（カタカナ）						

申請時添付書類

- 北海道知事からの助成決定指令書の写し
- 北海道知事に申請する際に添付する特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 北海道知事に申請する際に添付する住民票謄本及び戸籍謄本の写し
- 特定不妊治療の一環として道の指定医療機関の医師の指示に基づき他の医療機関で治療を受けた場合は、北海道知事に申請する際に添付するその医療機関が発行した領収書の写し
- 北海道知事に申請する際に添付する治療及び調剤に係る領収書の写し

※以下赤平市記入欄

	該当治療に○	上限(G)	初回上限(G)	男性適用(H)
新鮮胚移植を実施		150,000円	300,000円	150,000円
凍結胚移植を実施		150,000円	300,000円	150,000円
以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施		75,000円	75,000円	150,000円
体調不良等により移植のめどが立たず治療終了		150,000円	300,000円	なし
受精できず		150,000円	300,000円	150,000円
採卵したが卵子が得られないため中止		75,000円	75,000円	150,000円

	ア 申請額	イ 上限額	ア、イどちらか少ない額	決定額
女性	(C) 円	(G) 円	(I) 円	(I)+(J) 円
男性	(F) 円	(H) 円	(J) 円	