

佐々町不妊治療費助成事業交付申請書

年 月 日

佐々町長 様

申 請 者

住 所 北松浦郡佐々町 免 番地

氏 名

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※１）

記

対 象 者		夫	妻
	氏 名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
	電話番号		
	住所 （※２）		
領収年月日 年 月 日～ 年 月 日			
申請額計算 長崎県不妊治療費 領収金額 円 - 助成事業承認決定額 円 = 円（①） ① × 0.7 = 円 ※50,000 円を超える場合は 50,000 円 ※千円未満切り捨て 申請額 円			

※１：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※２：申請者の住所と夫又は妻の住所が異なる場合に記入してください。

<自治体記入欄>

申請受理年月日		決 定 内 容	決定・却下
決 定 年 月 日		受 給 者 番 号	

【申請書類の提出】 申請を行う際、以下のものを提出してください。

1. 長崎県の不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
2. 夫婦の住民票の写し（続柄の記載のあるもの）

（マイナンバーなし、3か月以内に発行されたもの）

※住民票で夫婦関係が確認できない場合は、戸籍謄本（3か月以内発行）若しくは事実婚関係に関する申立書（様式第5号）が必要

※同じ年度内の2回目以降の申請で、前回提出した住民票の発行日から3か月以内に申請を行い、住所に変更がない場合は省略可

※下記に記載している確認事項に同意された場合で、審査の際、本町で確認ができる場合は、省略可

3. 納税証明書又は未納がない証明書

【確認すべき事項】

1. 不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体等へ照会すること。
2. 不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。
3. 本町の住民であること、不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと（住民基本台帳）
4. 申請に係る不妊治療の状況等について医療機関に照会すること。
5. 税等の納付状況について確認すること。
6. 偽りその他の不正な手段により不妊治療費の助成を受けた場合は、当該不妊治療費助成金の全部又は一部を返還しなければならないこと。

【同意書】

私たちは、佐々町不妊治療費助成金交付申請を行うにあたり、上記【確認すべき事項】に関する調査・照会に同意します。

■同意日 年 月 日

■同意時期 年 月 日に行った佐々町不妊治療費助成金交付申請の交付又は却下の決定が行われるまでの時期

■同意者記名欄

	夫	妻
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所	北松浦郡佐々町 免 番地	北松浦郡佐々町 免 番地 □夫と同住所