様式第１号（第５条関係）

玉村町こうのとり助成事業補助金交付申請書

年　　月　　日

玉 村 町 長 様

申 請 者　住　所　玉村町大字
氏　名
電　話

玉村町こうのとり助成事業補助金の交付を受けたいので申請します。

	氏　　名	生　年　月　日	玉村町への住民登録開始	婚姻日
夫		年　　月　　日	年　　月　　日	年　　月
妻		年　　月　　日	年　　月　　日	

医療機関証明欄 ※				
	診 療 開 始 日	年　　月　　日	病　名	
	診　療　期　間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
	診　　療　　額　※	被保険者負担額 （医療費・薬剤費）　円 保険診療適用外負担額　円		
	患者氏名　　年　　月　　日 医療機関・保険薬局 住　　所 氏名又は名称　　印			

※　申請年度（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。

補助金の振込先

金 融 機 関 名	支　店　名	口 座 種 別	口 座 番 号	口座名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)
		普　通 当　座		

※　裏面のご記入もお願いします。

《以下の欄は記入しないで下さい》

妊娠届	町税滞納	申　請　回　数	回目（　　年度申請）
診　療　額　※1	円	助　成　額　※2	円

※1　支払い済みの領収書の合計金額　　※2　診療額の 1/2 の額、千円未満切捨て：上限 10 万円

※　申請者の方がご記入下さい。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療年月	自己負担額	治療の種類　※	備　考
令和７年　４月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
５月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
６月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
７月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
８月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
９月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
１０月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
１１月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
１２月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
８年　１月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
２月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
３月	円	１・２・３・４・５（ＡＩＨ･ＩＶＦ･ＩＣＳＩ）	
合　　計	円		

上記の自己負担額の領収書を申請時に必ず提出してください。
なお、未収金や文書料等不妊治療と認められない項目は受理できません。

※　治療の種類の内訳

１、診察
２、検査（頚管粘液検査・性交後検査等）
３、処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）
４、ホルモン剤等
５、その他（ＡＩＨ（人工授精）、ＩＶＦ－ＥＴ（体外受精）、ＩＣＳＩ－ＥＴ（顕微授精）など）

町税等の調査閲覧同意書

私は、玉村町こうのとり助成事業補助金の交付に必要な事項として夫婦の「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について、健康福祉課担当係員が調査閲覧することを同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿