

様式第1号

大石田町不妊治療費用助成事業申請書

年 月 日

大石田町長

殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

大石田町不妊治療費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の公共団体や医療機関に照会することについて同意します。

フリガナ			
氏名	夫	妻	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	
住所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号	
過去の町の助成	<input type="checkbox"/> ある <u>今回</u> 回目 <input type="checkbox"/> ない		
今回の治療	<input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
実施した先進医療			
治療費支払額	① 保険適用の生殖補助医療と併用した先進医療 円		
	② 年齢や回数制限で保険適用外となった生殖補助医療及び先進医療 円		
助成申請額	円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店	
	預金種別	普通・当座	フリガナ
			口座名義人
口座番号			

注) 1 ※1は、夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ① 生殖補助医療及び先進医療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書
- ② 申請者名義の通帳の写し

受給者番号

--