

# **特定不妊治療費助成事業申請書** **（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用）**

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)	
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)	
住所 (※1)	〒	電話 ( ) 携帯 ( )	
住所 (※2)	〒	電話 ( ) 携帯 ( )	
<p>以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 特定不妊治療について、保険適用の上限回数（リセット後の回数を含む）を終了しました。</p>			
<p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">* 以前の保険診療回数等について、医療機関に確認することを同意します。</p> <p style="text-align: center;">申 請 額                      金 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">年    月    日    東員町長    宛て</p>			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号	( )	( 左詰記入)

申請受理年月日		( 承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注)太枠の中を記入してください。

※1: 夫の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書(原本)
3. 出生した場合の子の認知に関する意向書(事実上の婚姻関係の夫婦の場合)(任意様式)