

第5号の2様式（第12条の5関係）

**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	( )	
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。				
<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。				
申請者氏名  * 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。				
申請額 金_____円				
年月日 東員町長 宛て				
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			

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)