

東員町不妊治療医療費助成金交付申請書

年 月 日

		申請区分		保険適用分・回数追加等・PGT-A・先進医療							
		(ふりがな) 氏 名		続柄		生 年 月 日					
申請者	氏名			夫・妻		年 月 日生(歳)					
	住所	〒				連絡先電話		自宅 携帯		()	
配偶者	氏名			夫・妻		年 月 日生(歳)					
	住所	〒				連絡先電話		自宅 携帯		()	
<p>※申請区分が「回数追加等」又は「PGT-A」の場合のみ記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・第何子目の子に対しての治療ですか。 第()子目・その子の治療に対して何回目の申請ですか。 ()回目 ※回数追加としての申請回数・県内他市町からの不妊治療費受給の有無 (無 ・ 有(自治体名:))											
申請内容	東員町長 宛て										
	関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。										
	<ul style="list-style-type: none">・本申請書の記載事項に相違ありません。・以前の受給歴について、他自治体に確認すること及び必要に応じて情報提供することに同意します。										
		申請者氏名				配偶者氏名					

		申請金額 _____ 円									
振込口座 に限り ます。	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所			
	預金種別	1. 普通 2. 当座		(ふりがな) 口座名義人		()					
	口座番号								(左詰記入)		
※ 受 付 年 月 日				(承認・不承認) ※決定年月日							
※ 受 給 者 番 号											
注) 1. 太枠の中を御記入ください。 2. 東員町特定不妊治療費助成事業等を受けられた場合は、自己負担から助成金額を控除した額で、第5条に規定する額を限度とします。 (添付書類) 1. 東員町不妊治療費助成事業 医療機関等証明書 2. 医療機関発行の領収書(原本)										※助成額	