

		(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		( )			
治療・助成回数 (リセットがある場合はリセット後の回数)		・ 保険適用による特定不妊治療 ( ) 回 ・ 保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 ( ) 回 ・ 着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成 ( ) 回							
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。									
□体外受精胚移植の不成功又は流死産の経験が2回以上ある。									
申請者氏名									
_____									
* 以前の治療回数等について、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								( 左詰記入)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--

※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. 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む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)