

特定不妊治療費(回数追加)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)

朝日町長 宛

_____年 _____月 _____日

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。 □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 (夫及び妻の記名押印) _____ 印 _____ 印 * 以前の保険診療回数について、医療機関に確認することを同意します。			
申請額 金 _____ 円			
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)