

## 特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

朝日町長 宛

\_\_\_\_\_年 月 日

関係書類を添えて、特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。  
 なお、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日			
夫	( )	年	月	日生 ( 歳)	
妻	( )	年	月	日生 ( 歳)	
夫の住所	電話 ( ) 携帯 ( )				
妻の住所	電話 ( ) 携帯 ( ) <input type="checkbox"/> 夫と同じ				
先進医療を 実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70%	Bと50,000円のう ち低い方の額	
年 月 日		円	円	円	
年 月 日		円	円	円	
年 月 日		円	円	円	
年 月 日		円	円	円	
年 月 日		円	円	円	
合計	/	/	/	① 円	
申請額	(①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て)				
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

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費(先進医療)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) (先進医療分)