

特定不妊治療費助成事業申請書

(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 ()		
治療・助成回数 (回数を零にしたことがある場合は、それ以後の回数)	・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、間違いがなければ口にし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回以上あります。					
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 志摩市長 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	
---------	--	--------------------	--

注)太枠の中を記入してください。

※1: 夫の住所を記入してください。

※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入してください。

- (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. 住民票等