

様式第9号(第21条関係)

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(リセットがある場合はリセット後の回数)	<ul style="list-style-type: none">・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。				
<input type="checkbox"/> 体外受精胚移植の不成功、または、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 鳥羽市長 宛て				
振込先	金融機関名	銀行	本店	
		金庫	支店	
		農協	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	
---------	--	--	-------------------	--

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)
3. 住民票等