

特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

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。

記

| 氏名 | | 生年月日 | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| (ふりがな) 夫 | () | 年 | 月 | 日(歳) |
| (ふりがな) 妻 | () | 年 | 月 | 日(歳) |
| 夫の住所 | 電話 () | | | |
| 妻の住所 (夫と異なる場合に記入) | 電話 () | | | |
| 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 | 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>

- 特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書
- 医療機関発行の領収書(原本)(先進医療分)
- 住民票等