

受給者番号	
-------	--

特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

岐 南 町 長 宛

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

対 象 者	夫	(ふりがな) ----- (氏 名)	生年月日 年 月 日生 (歳)
	妻	(ふりがな) ----- (氏 名)	生年月日 年 月 日生 (歳)
	住 所	〒 電話 ()	

申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

(申請者の配偶者)

申請者氏名 _____ 印 _____ 印

申請額（男性不妊治療分除く） _____ 円（上限 10 万円。治療法 C.F の場合は上限 5 万円）

申請額（男性不妊治療分） _____ 円（上限 2 万 5 千円）

申 請 額 合 計 _____ 円

過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を付けるか、ご記入ください)	過去に、他の都道府県及び市町村から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ない・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月)
--------------------------------------	---

申請受理年月日： 年 月 日

- (添付書類) 1 特定不妊治療受診等証明書 (様式第 4 号)
 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書・診療費明細書
 3 岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書
 4 第 5 条に規定する、対象費用から差し引く金額を確認できる書類