

受給者番号

特定不妊治療費助成申請書

治療終了日から1年以内にして下さい。(意見書の治療期間で確

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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。

Table with applicant details: Husband (岐南 太郎), Wife (岐南 花子), Address (羽島郡岐南町八剣7-107), Phone (058-247-1321).

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。

申請者は妻にして下さい。

(申請者の配偶者)

申請者氏名 岐南 花子 (岐南) 岐南 太郎 (岐南)

申請額(男性不妊治療分除く) 50,000 円 (治療費一県の助成額(ただし、10万円以下。治療C.Fの場合は5万円以下。))

申請額(男性不妊治療分) 0 円 (治療費一県の助成額(ただし、2万5千円以下。))

申請額合計 50,000 円

過去の助成の有無等 (該当する箇所には○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まれます。)

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) 又は岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
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