

大野町特定不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

大野町長 様

大野町特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、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。

記

対象者	夫	氏名			
		生年月日	年	月	日生（ 歳）
		住所 電話番号	〒	—	電話（ ）
	妻	氏名			
		生年月日	年	月	日生（ 歳）
		住所 電話番号	〒	—	電話（ ）
（申請者の配偶者）					
申請者氏名 _____ ⑩ _____ ⑩ （夫及び妻が自署若しくは記名押印）					
申請額 金 _____ 円 （治療に直接要した費用。ただし、同一年度内に岐阜県・他の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けている場合は、助成を受けた額を差し引いた金額で、上限は10万円までとする。）					
申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県・その他自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会・提供、及び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。					
過去の助成の有無等 （該当する番号に○を付け、ご記入ください）	過去に、岐阜県又は、他の都道府県・指定都市・中核市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む。） 1 ない ・ 2 ある （2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	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) (1)大野町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2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  
 (3)法律上婚姻をしている夫婦であることを証明する書類  
 (4)夫及び妻の住所を確認できる書類  
 (5)岐阜県特定不妊治療費助成事業の対象になった者は、その承認決定通知書の写し