

様式第1号(第6条関係)

大野町特定不妊治療費助成事業申請書

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(歳)		
		住所	〒	—			
		電話番号	電話()				
	妻	氏名					
		生年月日	年	月	日(歳)		
		住所	〒	—			
		電話番号	電話()				
申請者氏名 _____ 配偶者氏名 _____ (請求書の口座名義人) (自署又は記名押印) (自署又は記名押印)							
申請額 <u>金</u> _____ 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