

(先進医療) 不妊治療費助成申請書

令和 年 月 日

志賀町長 殿

- 1 不妊治療費のうち先進医療に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。
- 2 本申請に係る助成対象に対し、他の自治体の助成を受けません。

氏名		生年月日	電話番号
(ふりがな) 申請者	()	年 月 日 (歳)	- -
①住所	〒		
(ふりがな) パートナー	()	年 月 日 (歳)	- -
②住所	※①住所と異なる場合にのみ記載 〒		
該当する内容にレ点を記入してください。 → <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚(出生した子について認知を行う)			
申請内容	A 先進医療に要した費用	円	※添付の(先進医療)不妊治療費支援事業受診等証明書の領収金額計と一致すること
	B 助成申請額(A × 7/10)	円	※A × 7/10(円未満切捨て)と15万円を比較し、低い額

振込先	金融機関名		支店名		口座種別	
					普通 ・ 当座	
	口座番号				口座名義 (カナ)	

(添付書類)

- 様式第2号 (先進医療)不妊治療費支援事業受診等証明書
- 医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれるもの)
- 住民票等夫婦の住所がわかる書類(市町が公簿等で確認できる場合は省略可)