

## 特定不妊治療費助成事業申請書

(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用)

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	( )	年 月 日 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 ( 歳)
住所(※1)	〒	電話 ( ) 携帯 ( )
住所(※2)	〒	電話 ( ) 携帯 ( )
以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。		
□特定不妊治療について、保険適用の上限回数(リセット後の回数を含む。)を終了しました。		
申請者氏名		
夫 _____ 妻 _____		
* 以前の保険診療回数等について、医療機関に確認することを同意します。		
申請額 金 _____ 円		
年 月 日 紀北町長 宛て		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協
	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座
	口座番号	( 左詰記入)

申請受理年月日			( 承認・不承認) 決定年月日
---------	--	--	--------------------

注)太枠の中を記入してください。

- ※1: 夫の住所を記入する。
- ※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (添付書類) 1 保険適用終了後の特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第4-2号)  
 2 医療機関発行の領収書(原本)  
 3 住民票(夫婦双方又はいずれか一方の住所が紀北町内にあることが確認できる場合は不要)

