

## 特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

年 月 日

関係書類を添えて特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。

なお、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

### 記

氏名		生年月日		
(ふりがな) 夫	( )	年 月 日( 歳)		
(ふりがな) 妻	( )	年 月 日( 歳)		
夫の住所	電話 ( )			
妻の住所 (夫と異なる場合に記入)	電話 ( )			
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70% B	Bと50,000円の うち低い方の額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計				① 円
申請額	(①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て )			
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	(ふりがな) 口座名義人	( )	
口座番号				(左詰記入)

(添付書類)

- 1 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書(様式第2-2号)
- 2 医療機関発行の領収書（原本）（先進医療分）
- 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）