

特定不妊治療費助成事業申請書

（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）

年 月 日

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 ()				
治療・助成回数 （リセットがある場合はリセット後の回数）	・ 保険適用による特定不妊治療 () 回		・ 保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 () 回		・ 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成 () 回				
以下について確認し、間違いがなければ口にし点を入れてください。 口体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が2回以上ある。									
申請者氏名 _____ * 以前の治療回数等について、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	(ふりがな) 口座名義人		()				
	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 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第4号の4)
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)