

## 八百津町特定不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

八百津町長 様  
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。

申請者名 \_\_\_\_\_ 印

申請者の配偶者名 \_\_\_\_\_ 印

		( ふ り が な ) 氏 名	生 年 月 日	
対 象 者	夫	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳 )
	妻	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳 )
	住 所	〒 _____ 電話 ( )		
	(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	( 夫 ・ 妻 の住所 ) 〒 _____ 電話 ( )		
申請額		A 治療に要した費用 (保険外診療分に限る。) _____ 円		
		B 岐阜県からの助成額 _____ 円		
		C 助成申請額 (A - B) _____ 円 (ただし、10万円を超える場合は、10万円)		
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)		過去に、岐阜県又は他の市町村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みます。) ・ ない ・ ある ある場合、過去 ( ) 回受けた 助成金を受けた自治体は ( _____ 県 ・ _____ 市町村 )		
振込先 (受給歴のある方は1か2を選択、新規の方は2に記入してください。)				
1	前回の振込口座と同じ (口座番号等の記入は不要です。) ※申請者が必ず前回と同一であること。			
2	下記口座に振り込み (新規及び振込先を変更する場合のみ記入してください。)			
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		
申請受理年月日		平成 年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	
		平成 年 月 日		

注) 太枠の中をご記入ください。  
(添付書類) 1. 岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書  
2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書  
3. 夫及び妻の住所を確認できる書類