

様式第1号(第5条関係)

南伊勢町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申請書

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 日生 (歳)	
妻	()	年 月 日生 (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レ点を入れてください。 □体外受精胚移植の不成功、または、流産の経験が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 南伊勢町長 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. 南伊勢町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2号)(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書(原本)
3. その他町長が必要と認めるもの