様式第1号（第4条関係）

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　　日生（　　歳）
妻	（　　）	年　　月　　日生（　　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を終了しました。
□　特定不妊治療について、保険適用の上限回数及びＰＧＴ－Ａを含む特定不妊治療費助成事業利用回数と合わせて通算８回以内である。

申請者氏名

＊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　　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. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(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