

様式第1号（第5関係）

不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

軽米町長 山本 賢一 殿

申請者 住所

氏名

不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交付申請額 (男性不妊治療分を除く)	円	指定医療機関で証明した特定不妊治療費に要した額から県助成金を控除した額と10万円を比較して少ない方の額		
交付申請額 (男性不妊治療分)	円			
交付申請額合計	円			
夫	(ふりがな)		生年	年 月 日生
	氏名		月日	(歳)
妻	(ふりがな)		生年	年 月 日生
	氏名		月日	(歳)
住所	〒 電話			
※ 夫と妻の住所が異なる場合は、本欄も記入	〒 電話			
治療した指定医療機関	医療機関名			
	住所			
振込先	金融機関名		支店名	
	口座番号		預金種別	普通・当座
	口座名義人（申請者と同じ名義とする。）			

添付書類

- 1 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 2 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書の写し
- 3 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書の写し