

東根市不妊治療（先進医療）費用助成事業申請書

東根市長 様

東根市不妊治療（先進医療）費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成額決定に当たり、夫婦の住民記録（外国人にあっては外国人登録）の調査及び本申請内容について、他の公共団体への照会並びに領収書及び診療明細書の内容を医療機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			年 月 日生（ 歳）	
	氏名			電話	
	現住所	〒 -			
配偶者	ふりがな			年 月 日生（ 歳）	
	氏名			電話	
	現住所	〒 -			
※申請者と異なる場合に記入					
過去にこの助成を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ある 今回 回目 <input type="checkbox"/> ない					
今回の治療		<input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止		<input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認	
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
実施した先進医療					
先進医療自己負担額		円			
申請額		円			
振込先口座	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用組合・信用金庫 労働金庫		本店・支店 本所・支所 出張所	
	口座種別	口座番号	口座名義人	フリガナ	
受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	承認・不承認 年 月 日	受給者番号	

注) 1 太枠内を記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義を記入してください。

【添付書類】

- ① 生殖補助医療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書
- ② 申請者名義の振込用通帳
- ③ (必要時) 事実婚に関する申立書 (様式第2号)