様式第１号（第５条関係）

**安八町特定不妊治療費助成事業申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

安 八 町 長　様

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 氏　　名 | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | |
| 対　象　者 | 夫 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 妻 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 住　所 | | | | | 〒503-  安八町  ℡　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夫と妻の住所が異なる場合 | | | | | 〒  ℡　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (申請者の配偶者)  　申請者氏名　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  治療に直接要した費用。1年度当たり10万円を限度とし、通算5年間助成する。ただし、治療内容が以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施した場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止した場合は1回当たり5万円を限度とする。　　申請額　金　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去の助成の有無（該当する箇所に○、又は記入をしてください） | | | | | | 過去に、岐阜県又は他の都道府県･中核市･市町村から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中も含む)  　・ない　・ある　(ある場合、自治体名　　　　　助成の時期　　　年　　月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先（どちらか１つ希望する振込先のチェック  　　　　欄□に「レ」を入れて御記入ください） | | □ | 金融機関名 | | | 銀行　農協 　　　　本　店  　　　 　　　　　　支　店 金庫 組合 　出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | | 普通  当座 | | | （ふりがな）  口座名義人（※申請者と同じ） | | | | | | | | | | （　 　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 口座番号 | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | （左詰記入） | | | | |
| □ | ゆうちょ銀行 | | | | | | （ふりがな）  口座名義人（※申請者と同じ） | | | | | | | | | | （　 　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 記号 |  |  | |  | | |  | |  | | 番号 | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |

注記　　太枠の中をご記入ください。

添付書類　1.特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書（原本）

　　　　　　　　 2.夫及び妻の前年度の所得を証明する書類

　　　　　　　　 3.岐阜県の特定不妊治療の対象になった方は、その決定通知書（この場合、2は不要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 | 助成決定金額 | 円 |
| 決定年月日 | 承認・不承認　 　年　　月　　日 | 助成回数通算 | 年目 |