

受給者番号	
-------	--

池田町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

池田町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日	
対象者	夫	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	妻	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒池田町 電話( )		
	住所 ※夫と妻の住所が異なる場合	〒 電話( )		
(申請者の配偶者)				
申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が自署若しくは記名押印)				
申請額 _____ 金 _____ 円 (治療に直接要した費用。ただし、同一年度内に岐阜県・他の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けている場合は、助成を受けた額を差し引いた金額で、上限は10万円までとする。) 申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県・その他自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。				
過去の助成の有無等 (該当する箇所には○を付け、ご記入ください)	過去に、岐阜県又は、他の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含む。) ない・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 月)			
申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類) (1) 池田町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)又は岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

- (2) 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(写しでも可)
- (3) 法律上婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
- (4) 夫及び妻の住所を確認できる書類
- (5) 岐阜県特定不妊治療費助成事業の対象になった者は、その承認決定通知書の写し