

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	〒 — 池田町 電話() —		
申請者氏名		印		印
(夫及び妻が自署もしくは記名押印)				
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。)				
申請の適性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○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