

垂井町特定不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

垂井町長 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

※太枠内を記入してください。

		助成回数	回目
申請者氏名		生年月日	年 月 日
配偶者氏名		生年月日	年 月 日
申請者住所	岐阜県不破郡垂井町 電話() -		
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入してください。		
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 体外授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		
	<input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> MESA <input type="checkbox"/> その他 注)1		
医療機関名			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請額	治療費の自己負担額 _____ 円 (A)		
	金 _____ 円 岐阜県からの助成額 _____ 円 (B) (A) - (B) _____ 円 (岐阜県特定不妊治療費助成事業の対象となる特定不妊治療に要した本人負担額のうち、岐阜県の助成金を控除した額で治療1回につき10万円を限度とする。なお、男性不妊治療の場合は7万5,000円を限度とする。ただし、その額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	普通 (フリガナ)	
		当座 口座名義人 注)2	
口座番号			

(裏)

注)1 TESE : 精巣内精子生検採取法 MESA : 精巣上体内精子吸引法
 その他 : 精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等に要する費用

注)2 口座名義人は、申請者と同一の方にしてください。

(添付書類)

- (1) 特定不妊治療に係る医療機関の領収書の写し
- (2) 岐阜県特定不妊治療費助成事業費補助金交付決定通知書の写し