

阿武町特定不妊治療費助成申請書

阿武町長 様

令和 年 月 日

阿武町特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
なお、私に対する特定不妊治療費の助成状況について県内の他の市町に確認されることに同意します。

	対象者氏名	生 年 月 日		
夫	ふりがな	年 月 日 (歳)		
妻	ふりがな	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 阿武町大字	電話		
	〒	電話		
※夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入	〒	電話		
山口県特定不妊治療費助成事業決定通知日	令和 年 月 日			
特定不妊治療費申請額 (男性不妊治療分を除く)	※山口県特定不妊治療費助成決定額を引いた額が助成対象額となります。 山口県特定不妊治療費助成回数(男性不妊治療費除く) _____ 回目 ①特定不妊治療に要した費用 _____ 円 (※1) ②山口県助成額 _____ 円 (※2) ③助成申請額 (①-②) : 初回上限 200,000 円・2 回目以降 100,000 円 _____ 円			
特定不妊治療費申請額 (男性不妊治療分)	※山口県特定不妊治療費助成決定額を引いた額が助成対象額となります。 山口県特定不妊治療費助成回数(男性不妊治療費分) _____ 回目 ④特定不妊治療 (男性不妊治療) に要した費用 _____ 円 (※1) ⑤山口県助成額 _____ 円 (※2) ⑥助成申請額 (④-⑤) : 初回上限 200,000 円・2 回目以降 100,000 円 _____ 円			
合計助成申請額 (③+⑥)	円			
振込先 (申請者の口座)				
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ
				口座名義
銀行	支店	普通		
信用金庫				支所
農協				
漁協				

※1 添付書類「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の領収金額を記入してください。

※2 山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の金額を記入してください。

<添付書類>

- 山口県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し