

不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

和水町長 様

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

申請者氏名	ふりがな 氏 名	生年月日
夫	印	年 月 日 () 歳
妻	印	年 月 日 () 歳
住 所	和水町	電話
住所(※)	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合等に記入する。	
不妊治療の種類 ☑を付ける ()内は○で 囲む。	☐一般不妊治療 [タイミング法、人工授精] ☐生殖補助医療 (採卵、採精、体外受精、顕微授精、男性不妊手術、受精卵・胚培養、 胚凍結保存、胚移植、卵子活性化、アシステッドハッチング、 高濃度ヒアルロン酸含有培養液) ☐先進医療 [医療保険適用のない 先進医療A・先進医療B]	
申請額	円	
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】() 【区分】 本人 ・ 被扶養者	
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】() 【区分】 本人 ・ 被扶養者	

次の口座への振込みを依頼します。

金融機関		支店名		口座区分	普通・当座
口座番号	※ゆうちょの場合、記号－番号		口座名義(カタカナ)		

(添付書類) 申請の際に、印鑑をお持ちください。

- 不妊治療費等助成事業医療機関証明書(様式第3号)
- 不妊治療費等助成事業保険薬局等証明書(様式第4号) ※処方箋に基づく薬剤の処方がある場合のみ
- 住民票謄本 ※同意書(様式第2号)により、申請者の同意を得て和水町で確認が可能な場合は、省略可
- 不妊治療等に要した費用の領収書及び診療明細書
- 高額療養費制度等の控除を受けた場合は、その写し
- その他町長が必要と認める書類

(町記入欄)

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号	
決定年月日	年 月 日	結果 (承認・不承認)	円