

様式第1号(第5関係)

不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

一関市長 様

申請者氏名

不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請いたします。

交付申請額		円		
夫	フリガナ		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名			
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名			
住所		〒 電話 ( )		
夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入		〒 電話 ( )		
治療した医療機関	医療機関名			
	住所			
希望する支払金融機関		金融機関名	支店名	
		口座の種類 普通・当座	口座番号	
		口座名義人(申請者と同じ名義とする。)		

※交付申請額…指定医療機関で証明した特定不妊治療に要した費用から県助成金を控除した額と15万円を比較して少ない方の額(男性不妊治療を含む場合は、男性不妊治療費について、県助成金を控除した額と15万円を比較して少ない方の額を加算した額)

添付書類

- (1) 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- (2) 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金の交付決定通知書の写し
- (3) 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書及び明細書の写し
- (4) 不妊に悩む方への特定治療支援事業の申請に係る照会等に関する同意書(様式第2号)