様式第3号（第9条関係）

特定不妊治療費助成事業申請書

（着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業用）

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

	（ふ り が な） 氏　　名	生　年　月　日
夫	（　　）	年　　月　　日生（　　歳）
妻	（　　）	年　　月　　日生（　　歳）
住所（※１）	〒	電話　（　　） 携帯　（　　）
住所（※２）	〒	電話　（　　） 携帯　（　　）
治療・助成回数（リセットがある場合はリセット後の回数）	・保険適用による特定不妊治療　（　　）回 ・保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成　（　　）回 ・着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成　（　　）回	

以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。

□体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が２回以上ある。

申請者氏名

＊以前の治療回数等について、医療機関に確認することを同意します。

申　請　額　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

年　　月　　日　　市・町長　　宛て

振込先									
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所						
	預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口座名義人	（　　）					
	口座番号								（ 左詰記入）

申請受理年月日			（ 承認・不承認） 決定年月日	

注）太枠の中を記入してください。

※1：夫の住所を記入する。

※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

（添付書類）1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)

2. 医療機関発行の領収書（原本）

3. 住民票等