

様式第1号(第5条関係)

菰野町特定不妊治療費(PGT-A)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、間違いがなければ口にし点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 体外受精胚移植の不成功、または、流産の経験が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 菰野町長 宛		
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 () 当座 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. 菰野町特定不妊治療費(PGT-A)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と診療明細書(原本)