

東成瀬村不妊治療費等助成金申請書（兼請求書）

年 月 日

東成瀬村長 様

関係書類を添えて東成瀬村不妊治療費等助成金を申請します。

氏 名		生 年 月 日							
申請者		年 月 日 (歳)							
配偶者		年 月 日 (歳)							
住 所	〒 電話 ()								
治療内容	1. 特定不妊治療(体外受精、顕微授精、男性不妊治療) 2. 先進医療等不妊治療 3. 一般不妊治療 4. 不育症治療								
治療費総額		金 円							
他の助成額		金 円							
申請金額		金 円							
これまでの 申請回数	過去の申請年度(. . . 年度) 本年度申請(回目)※特定不妊治療の場合のみ								
秋田県特定不妊治療 費助成事業の利用	有・無			秋田県先進医療等不 妊治療費事業の利用			有・無		
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	(ふりがな) 口座名義人						
	口座番号							左詰記入	

- (添付書類) 1. 東成瀬村不妊治療費等助成事業受診等証明書
- ※秋田県特定不妊治療費助成事業の決定を受けた方については、秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書・承認決定通知書の写し
- ※秋田県先進医療等不妊治療費事業の決定を受けた方については、秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
2. 医療機関、院外処方薬に係る薬局発行の領収書
3. 限度額適用認定証の写し（マイナ保険証を利用の方は不要）※特定不妊治療の申請の場合
4. 高額療養費や付加(附加)給付金の決定額が確認できる書（支給決定通知書等）