

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

白川村特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 白川村長

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費助成を申請します。

なお、本申請の審査を行うにあたり、夫婦の村税の納入状況を調査することを承諾します。

記

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		
対 象 者	夫	()	昭和 平成	年 月 日	(歳)
	妻	()	昭和 平成	年 月 日	(歳)
	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 ()		
(申請者の配偶者)					
申請者氏名 _____ 印		_____ 印			
(夫及び妻が署名又は記名押印)		(治療に直接要した費用から岐阜県特定不妊治療費助成事業 で助成を受けた額を差し引いた額。ただし、30万円を超える 場合は30万円とする。)			
申 請 額 金 _____ 円					
申請の適正を判断するために必要な場合は、白川村以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・ 提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。					
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を 付けるか、又はご記入 ください)	過去に、岐阜県以外の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる 助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。)				
	・ない ・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 ____ 年 ____ 月)				
申 請 受 理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1 岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書及び岐阜県特定不妊治療費助成事業受診承認
決定通知書
2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
3 夫及び妻の住所を確認できる書類