

様式第1号（第5条関係）

山辺町不妊治療（先進医療）費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

山辺町長 殿

申請者 氏 名 _____ 印

山辺町不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録の調査、及び本申請内容について他の地方公共団体に照合すること、本申請の審査に必要な範囲内で申請内容を調査、確認を行うことに同意します。
また、本申請に係る審査のため、世帯状況等の関係書類を閲覧することに同意します。
なお、本申請に係る助成対象治療に対し、他の地方公共団体等が実施する助成を受けません。

フリガナ				
氏 名	夫		妻	
生年月日	年 月 日 （ 歳）		年 月 日 （ 歳）	
住 所 ※1	〒 電話番号		〒 電話番号	
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
治療内容 ※該当するものに☑してください	☐ 採卵から妊娠確認 ☐ 凍結胚移植から妊娠確認 ☐ 妊娠確認前に当該治療計画を中止			
実施した先進医療 ※該当するものに☑してください	☐ PICSI ☐ タイムラプス ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） ☐ SEET 法 ☐ 子宮内膜受容能検査（ERA/ERAeak） ☐ 子宮内膜スクラッチ ☐ IMSI ☐ 子宮内フローラ検査 ☐ 二段階胚移植法 ☐ タクロリムス ☐ その他（ ）			
治療費支払額 ※2	円			
助成申請額	円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店・支所
	口座種別	普通 当座	フリガナ	
			口座名義人	
	口座番号			

- (注) 1. ※1は、夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。
2. ※2は、公的医療保険が適用される生殖補助医療と併せて実施された先進医療の支払額を記入してください。

- 【添付書類】
- ① 医療機関発行の領収書及び診療明細書（原本）
 - ② 3か月以内に発行された戸籍謄本（住民票謄本で確認できる場合は省略可）（事実婚の場合は必須）
 - ③ 3か月以内に発行された住民票謄本（本籍・筆頭者・続柄のあるもの）（山辺町民の場合は省略可）
 - ④ 申請者の振込先通帳の写し
- 受給者番号