|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第1-1号（第7条関係） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 大紀町長宛 |  |  |  |  |  |  |  |  　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 関係書類を添えて特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。　なお、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。 |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  | 記 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名 | 生年月日 |
|  | （ふりがな）夫 | ( | 　 | 　 | 　 | ) |  | 　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| （ふりがな）妻 | ( | 　 | 　 | 　 | ) |  | 　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 夫の住所 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 電話 | 　 | （　　　　） | 　 |
| 妻の住所（夫と異なる場合に記入） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 電話 | 　 | （　　　　） | 　 |
|  | 先進医療を実施した日 | 実施した先進医療の名称 | 医療費A | A×70%B | Bと50,000円のうち低い方の額 |
|  | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
|  | 合計 | 　 | 　 | 　 | ① | 円 |
|  | 申請額 | （①の金額を転記） |  |  |  | 円 | （１円未満切り捨て　　　　） |
|  | 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 | （ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当座 | 口座名義人 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （左詰記入） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＜添付書類＞ |  |  |  |  |  |  |
|  | １．特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書 |
| 　　　　　　 | ２．医療機関発行の領収書（原本）　（先進医療分） |
|  | ３．住民票等 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |