

受給者番号	1 通算6回（初回40歳未満）
	2 通算3回（初回43歳未満） （ 年目・今年度 回目・通算 回目）

東彼杵町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

東彼杵町長 様

申請者 住 所
電話番号
氏 名 印
生年月日 (歳)

東彼杵町特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
なお、私に対する特定不妊治療費の助成状況について県内の他の市町に確認されることに同意します。

配偶者	氏 名		生年月日			
			年 月 日 (歳)			
(配偶者の住所) ※1	〒 電話					
特定不妊治療 の期間※2	年 月 日 ~ 年 月 日					
特定不妊治療 に要した費用 ※3	円—①	長崎県助成額	—②			
①—②	円—③	助成申請額 ※4	円			
他市町での助成 状況	過去にこの助成金を県内の他市町で受けたことがありますか？ ない・ある→助成を受けた自治体 (市町) 回数 () 時期 (年 月)					
振込先 (申請者の口座に 限ります。)	金融機関名	支店名	預金 種別	口座番号	フリガナ	
			普通 その他 ()		口座名義	

- ※1 配偶者の住所が申請者と住所と異なる場合に記入してください。
- ※2 添付書類「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の「今回の治療期間」欄の日付を記入してください。
- ※3 添付書類「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の領収金額を記入してください。
- ※4 ③が100,000円以上の場合は100,000円、100,000円未満の場合は③の額を記入してください。(但し、凍結胚移植(採卵を伴わないもの)等については、③が50,000円以上の場合は50,000円、50,000円未満の場合は③の額を記入)

<添付書類>

- 1 長崎県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 長崎県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し