

様式第1号（第5条関係）

受給者番号	1 通算6回まで（初回の治療初日に40歳未満）
	2 通算3回まで（初回の治療初日に43歳未満）
	（ 年目・当年度 回目・通算 回目）

東彼杵町不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

年 月 日

東彼杵町長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日 (歳)
電話番号

東彼杵町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、今回申請する治療費の助成状況を他の自治体へ照会することや、他の自治体から本町の交付状況の照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りや不正な手段等により助成金を受けていると判明した場合には返還の義務があることについても同意します。

配偶者	氏 名		生年月日	
			年 月 日 (歳)	
(配偶者の住所) ※1	〒 電話			
● 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。 ☐				
不妊治療の期間※2	年 月 日 ～ 年 月 日			
他市町での 助成状況	過去に今回の治療分の助成を他の自治体(長崎県を除く)で受けたことがありますか? ☐ はい→助成を受けた自治体 () ☐ いいえ			
先進医療による治療 にかかった費用※3	円—①		長崎県及び 他自治体助成額	—②
①—②	円—③		助成申請額※4	円
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
	銀行・金庫・農協	本店・支店 出張所	普通 その他 ()	フリガナ 口座名義

※1 配偶者と申請者の住所が異なる場合に記入してください。

※2 添付書類「不妊治療費（先進医療）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「不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書」の（B）領収金額を記入してください。

※4 ③が50,000円以上の場合は50,000円、50,000円未満の場合は③の額を記入してください。

<添付書類>

1. 長崎県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
2. 長崎県不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
3. (夫婦の住所が異なる場合) 戸籍謄本（※3ヶ月以内に発行されたもの）
4. (事実婚の場合) 事実婚関係にある夫婦であることを証明できる書類及び事実婚関係に関する申立書
5. 振込先口座の口座名義人、口座番号がわかる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）

※2回目以降の申請で、前回提出した書類の発行日から3ヶ月以内に申請を行い住所に変更がない場合、3、4は省略可。