

## 大村市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

大村市長 様

申請者 住所  
 電話番号  
 氏名 印  
 生年月日 ( 歳)

大村市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、私並びに配偶者に関する住民基本台帳の調査及び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	
振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ
					口座名義
〔申請者の口座に 限ります。〕			普通 その他 ( )		

- ※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 治療の内容が以前に凍結した胚による胚移植を実施するものであった場合又は当該治療において排卵したが卵が得られず、若しくは状態のよい卵が得られないために治療を中止した場合は③が25,000円以上の場合は25,000円、25,000円未満の場合は③の額を記入してください。それ以外の治療の内容の場合は③が50,000円以上の場合は50,000円、50,000円未満の場合は③の額を記入してください。

＜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