

様式第1号（第5条関係）

朝日町不妊治療費（先進医療）助成事業申請書兼請求書

年 月 日

朝日町長 殿

申請者 氏 名 (自署)

朝日町不妊治療費（先進医療）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。

	夫		妻	
(フリガナ) 氏 名	()		()	
生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
住 所 ※1	〒 電話 ()		〒 電話 ()	
治療日	年 月 日			
実施した 先進医療	※今回の治療で該当するものに☑してください <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1・2 (EMMA/ALICE/子宮内フローラ検査) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法 (SEET 法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA/ERAeak) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (スクラッチ法) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療費支払額 ※2	円			
助成申請額	円	請求額	円	
振込先 ※3	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店・支所		
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) <input type="checkbox"/> 座名義人	()
	口座番号			

※1 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 保険適応となる不妊治療と併せて実施された先進医療の支払い額をご記入ください。

※3 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

【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戸籍謄本（全部事項証明書）※3か月以内に発行されたもの

③住民票謄本（本籍・筆頭者・続柄の記載があるもの）※3か月以内に発行されたもの

④事実婚関係に関する申立書 ※事実婚の夫婦の方のみ

※②、③は、夫婦であり、朝日町に住所を有し、同じ世帯である場合は省略可。

※町記入欄 確認した書類に☑を記入

申請者本人確認書類 運転免許証 マイナンバーカード 等

振込先金融機関講座確認書類 通帳 キャッシュカード