

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

奥出雲町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 () -

奥出雲町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり治療費の助成を申請します。

1 申請金額

申請金額	金 _____ 円	1回の助成限度額150,000円 ただし、治療ステージC、Fの場合 1回の助成限度額75,000円(※1)
	<内 訳> 本人支払額 _____ 円 (別添領収書のとおり) 島根県助成額 _____ 円 差 引 _____ 円	
既助成額	年 月 日交付 _____ 円	
	年 月 日交付 _____ 円	計 _____ 円

2 申請者の状況

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所 (※2)	〒 -	〒 -
電話番号	() -	() -

※1 治療ステージ(C)以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施

(F)採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため治療中止

※2 夫婦の住所は申請者と同一の場合は申請者欄の記載のみで、単身赴任等で夫婦住所が異なる場合はそれぞれ記載してください。