

大淀町長 殿

申請者氏名

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請します。

また、大淀町が不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

(注) 1 太枠の中を記入してください。
2 以下の書類を添付してください。

- (1)大淀町不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号） (2)顔写真付き本人確認書類
(3)医療機関発行の不妊治療に要した費用に係る領収書 (4)医療保険の加入状況が確認できる書類及び限度額適用認定証の写し
(5)同意書（様式第3号） (7)振込先口座を確認できるもの（預金通帳等の写し）
(8)（世帯別の場合）住民票（発行後、3か月以内のものに限る）

3 申請できる期限は1回の治療が終了した日から1年以内です。

4 申請者と振込口座名義人が同一でない場合は、委任状が必要です。

※市町村使用欄

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円

申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助 成 額	円		

(裏面もご確認ください。)

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、この委任状が必要となります。

委任状

令和 年 月 日

委任者 住所

(申請者)

氏名

印

私は下記の者を代理人と定め、大淀町不妊治療費助成の受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者

住所

(口座名義人)

氏名

印

※ 振込先は、「大淀町不妊治療費助成事業申請書」に記載のとおり