

様式第1号(第6条関係)

玉城町着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む  
特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

|                                                                                                         |                                                                                                      |                          |                 |                    |  |  |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|--|--|---------|
|                                                                                                         | (ふ り が な)<br>氏 名                                                                                     | 生 年 月 日                  |                 |                    |  |  |         |
| 夫                                                                                                       | ( )                                                                                                  | 年 月 日生 ( 歳)              |                 |                    |  |  |         |
| 妻                                                                                                       | ( )                                                                                                  | 年 月 日生 ( 歳)              |                 |                    |  |  |         |
| 住所(※1)                                                                                                  | 〒                                                                                                    | 電話                       |                 | ( )                |  |  |         |
|                                                                                                         |                                                                                                      | 携帯                       |                 | ( )                |  |  |         |
| 住所(※2)                                                                                                  | 〒                                                                                                    | 電話                       |                 | ( )                |  |  |         |
|                                                                                                         |                                                                                                      | 携帯                       |                 | ( )                |  |  |         |
| 治療・助成回数<br>(リセットがある場合はリセット後の回数)                                                                         | ・ 保険適用による特定不妊治療 ( ) 回<br>・ 保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 ( ) 回<br>・ 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成 ( ) 回 |                          |                 |                    |  |  |         |
| 以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。<br><br>□体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が2回以上ある。                                  |                                                                                                      |                          |                 |                    |  |  |         |
| 申請者氏名<br>(自署) _____<br><br>* 以前の治療回数等について、医療機関に確認することを同意します。<br><br>申 請 額 金 _____ 円<br><br>年 月 日 玉城町長 宛 |                                                                                                      |                          |                 |                    |  |  |         |
| 振込先                                                                                                     | 金融機関名                                                                                                | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |                 |                    |  |  |         |
|                                                                                                         | 預金種別                                                                                                 | 普通<br>当座                 | (ふりがな)<br>口座名義人 | ( )                |  |  |         |
|                                                                                                         | 口座番号                                                                                                 |                          |                 |                    |  |  | ( 左詰記入) |
| 申請受理年月日                                                                                                 |                                                                                                      |                          |                 | ( 承認・不承認)<br>決定年月日 |  |  |         |

注)太枠の中を記入してください。

※1: 夫の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (添付書類) 1. 玉城町着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業証明書(様式第2号)(医療機関の証明)  
2. 医療機関発行の領収書(原本)