

印南町小児・AYA世代温存後生殖補助医療費助成申請書

年 月 日

印南町長 様

申請者 _____

関係書類を添えて下記のとおり温存後生殖補助医療費の助成を申請します。

なお、本申請にかかる支給決定にあたって、私と治療を受けた者の住民基本台帳を確認すること、及び審査にあたり疑義や不備が生じた場合、交付決定を行った都道府県へ照会を行うことに同意します。

また、後に不正な受給申請であることなどが判明した場合、速やかに返還に応じることに同意します。

区分		(フリガナ) 氏名		生年月日					
対象者	夫	()		年 月 日 (歳)					
		電話番号							
	妻	()		年 月 日 (歳)					
		電話番号							
住所		〒 —							
夫婦の住所が異なる場合		〒 —						夫	妻
温存後生殖補助医療費助成事業の交付決定回数				印南町で _____ 回の交付決定を受けた					
				他の市町村で _____ 回の交付決定を受けた					
本申請にあたり、同様の助成回数の申請で他市区町村から助成を受けていますか。				はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません					
助成金積算	(1) 上限額 1,000,000 円		—	円	=	①			
	(2) 円					②			
	(生殖補助医療に要した総費用)					(県の交付決定額) 円			
	申請金額(①と②を比較して少ない方)				円				
(申請者と同一)	金融機関名		銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所			
	口座種別		普通・当座	口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								