

注1) 太枠の中をご記入ください。
 ※1：口座名義人は申請者の個人名義であること。
 注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。
 (添付書類) 1. 不育症治療支援事業受診等証明書(様式第2号・様式第3号)
 2. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)
 3. 振込口座がわかるものの写し(通帳、キャッシュカードなど)
 4. 健康保険証の写し

受給資格審査	決定年月日	支給決定額
☐ 住民確認 ☐ 婚姻確認	年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認 { ☐治療内容 ☐その他 }	円