

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。

(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)生殖補助医療費助成事業受診等証明書(第1号様式)
(2)三郷町生殖補助医療費助成に関する同意書(第3号様式)
(3)夫婦の医療保険加入状況が確認できる書類等
(4)その他町長が必要と認める書類
3 申請できる期限は、1回の治療が終了した日の属する年度の翌年度末までです。

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		