

芦屋町特定不妊治療費(先進医療)支援助成金申請書

申請者	(ふりがな) 氏 名	生年月日		治療開始時の 妻の年齢							
(ふりがな) 申請者	()	昭和 平成	年 月 日	()歳							
(ふりがな) 配偶者	()	昭和 平成	年 月 日								
申請者住所	〒		電話								
配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合のみ</small>	〒		電話								
治療開始日	令和 年 月 日		※令和7年3月31日以前に治療開始したものは対象外								
先進医療にかかった治療費	円	福岡県の助成額 (決定通知書の金額)	円								
他の地方公共団体で助成を受けていない期間に係る先進医療である			□はい								
上記のとおり関係書類をそえて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。 なお、本申請書の提出をもって、引き続き町内に1年以上居住(夫婦の一方が町外に居住している場合、近い将来夫婦ともに町内に居住)する意思表示とします。 (↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓)											
申請者 氏名		配偶者 氏名									
申請額		金	円	※実施した先進医療にかかった治療費に10分の2を乗じた金額(千円未満切捨て)。上限2万円。							
申請日		年 月 日		芦 屋 町 長 様							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	店番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人(申請者と同じ)	()							
口座番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右詰め)										

- (注)
- 1 以下の書類を添付してください。
- (1) 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業助成金決定通知書の写し
- (2) 口座振込先情報がわかる資料
- ※振込先の口座内容(口座番号、口座名義等がわかる部分の通帳のコピー等
- 2 助成が決定したら指定口座へ振り込みます。ご自身でご確認ください。
- 3 申請者と振込口座名義人は同一になるように記入してください。
- 4 書類の返送はしませんので、ご注意ください。

受付印