

八郎潟町特定不妊治療（先進医療等）費助成申請書

年 月 日

八郎潟町長 様

八郎潟町特定不妊治療（先進医療等）費助成金の申請にあたり、引き続き八郎潟町へ在住するとともに、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日
申請者		年 月 日 (歳)
配偶者		年 月 日 (歳)
申請者住所	八郎潟町 TEL	
配偶者住所	TEL	
治療費	特定不妊治療 _____ 円 (秋田県助成決定額 _____ 円)	先進医療等不妊治療 _____ 円 (秋田県助成決定額 _____ 円)
申請額	_____ 円 (治療費から秋田県助特定不妊治療・先進医療等不妊治療費助成決定額を控除した額とする。)	

(添付書類)

- ※特定不妊治療のみ申請する場合は（１）から（３）までの書類を添付すること。
- ※先進医療等不妊治療を併せて申請する場合は（１）から（６）までの書類を添付すること。
- （１） 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
 - （２） 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 - （３） 秋田県特定不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費の領収書の写し
 - （４） 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
 - （５） 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 - （６） 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した先進医療等治療に要した治療費の領収書の写し