

特定不妊治療費助成事業申請書

(着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）

令和 〇 年 〇 月 〇 日

関係書類を添えて、以下のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	(ほけん たろう) 保健 太郎	昭和 平成 3 年 1 月 1 日 (〇 〇 歳)
妻	(ほけん はなこ) 保健 花子	昭和 平成 62 年 1 月 1 日 (〇 〇 歳)
申請者 住所	〒 513-0036 鈴鹿市西条5丁目118-3 鈴鹿市保健センター 1F 電話 059 (382) 2252	
住所(夫婦で 異なる場合)	〒 〇 〇 〇 〇 ※ 申請者と住所が同じであれば記入不要です 電話 (〇 〇 〇 〇)	
治療・助成回数 (リセットがあ る場合はリセッ ト後の回数)	・ 保険適用による特定不妊治療 (3) 回 ・ 保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 (0) 回 ・ 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成 (1) 回	
以下について確認し、間違いがなければ口にし点を入れてください。 ☒ 体外受精胚移植の不成功、または、流産の経験が2回以上ある。あるいは、夫婦のいづ れかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている ☒ 以前の治療回数等について、必要時は市が医療機関等へ確認することに同意します。		
申 請 額		(1,000円未満は切り捨て) 金 295,000 円

▼振込先

金融機関名	本店・支店名 (ゆうちょ銀行の場合は店番)	金融機関コード (銀行コード)	支店コード (支店番号)
百五 銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫	鈴鹿 本店・支店 支所・出張所 営業部	0 1 5 5	3 0 1
口座種別	口座番号 (右詰で記入)	口座名義 (カタカナ)	
普通・当座	1 2 3 4 5 6 7	ホケン ハナコ	
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	

(添付書類)

特定不妊治療費助成事業受診等証明書 (着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成用)

『特定不妊治療費助成事業受診等証明書』
に記載されている回数を転記してください。【申請額】は『特定不妊治療費助成事業受診等
証明書』の「領収金額」を参考に記入してくださ
い(千円未満は切捨)。上限額は、治療方法に
よって異なり、以下のとおりです。採卵から移植: 上限300,000円
移植のみ: 上限150,000円