

不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

奈良県知事 殿

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
また、裏面の各説明書内容を目を通し、本申請に関して奈良県が他の自治体や受診医療機関へ確認を行うことに同意します。

住所を2つ記入して頂いた方は、郵便物の送付先を住所の後に（送付先）と記入ください。

電話番号を複数記載される場合は、連絡の付きやすい番号に「優先」、「1」などわかるようにしてください。

治療費の総額ではなく、定められた助成額（申請額）の上限額を記入してください。助成額（申請額）に満たない場合は、治療費を記入してください。助成額は、「2号様式：不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書」の「今回の治療方法」より区分を確認して頂き、県HPで確認してください。

他の都道府県、市で助成を受けた方は、その時の都道府県・市町村名を記入ください。

口座番号は左詰でご記入ください。同時申請される場合は振込口座を同一にしておいて下さい。

申請日	令和3年 2月 2日	
ふりがな	生 年 月 日	
氏名	昭和 1年 1月31日生(31歳)	
	平成	
妻	昭和 1年 2月 2日生(30歳)	
	平成	
住所	〒630-8501 電話 0742(22)1101	
(※1)	奈良市登大路30 携帯電話 ()	
住所	〒 () 電話 ()	
(※2)	携帯電話 ()	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。現在申請中の分も含めて記載してください。 (男性不妊治療分除く)		
ない	<input checked="" type="radio"/>	ある
過去()回		
助成金を受けた自治体は(奈良県・他の都道府県市町村名(大阪市))		
(男性不妊治療分)		
ない	<input checked="" type="radio"/>	ある
過去()回		
助成金を受けた自治体は(奈良県・他の都道府県市町村名())		
申請額(男性不妊治療分除く)		
	金	300,000 円
申請額(男性不妊治療分)		
	金	円
申請額合計		
	金	300,000 円
金融機関名	〇 〇 銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 預金種別
		出張所 普通
ふりがな	なら はなこ	口座番号
口座名義人	奈良 花子	〇 〇 〇 〇 〇 〇
出生した子の氏名		生 年 月 日
奈良 桜子		令和元年 3月 3日
助成を受けた後出産し、助成回数のリセットを希望します。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	保健所受付印
整理番号		

直近で不妊治療もしくは、自然妊娠で出生した子の氏名・生年月日をご記入ください。

1子ごとに助成回数をリセットすることができます。希望される場合は、「はい」を○で囲ってください。

(注)太枠の中をご記入ください。(申請者名...署名でない場合、押印してください。)
(※1)夫婦の住所を記入してください。
(※2)単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入 もしくは書類の送付先が(※1)と異なる場合に記入してください。その際には住所横に(送付先)と記載してください。