

特定不妊治療

不妊治療費助成金 記入依頼書

・ 証明書代 1000円(1枚につき)

- ・ 助成内容や提出期限は自治体により様々ですので、ご自身で自治体に確認いただくようお願いいたします
- ・ 治療方法がA B Cの場合は、 記入を希望される周期の移植後に提出してください
- ・ 治療方法がD E Fの場合は、 記入を希望される周期の終了後に提出してください
- ・ 提出期限までに診察にこられる方は、できるだけ診察日での返却にご協力ください
- ・ 治療方法（ABCDE）は、県に提出する第7号様式の書類や県のホームページでご確認ください

申込日 令和 年 月 日

妻	ふりがな		診察券ID	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (才)
夫	ふりがな		診察券ID	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (才)

記入枚数 枚 (※特定不妊治療助成金を3枚以上記入希望の方は、この依頼書をもう一枚記入してください)

返却について () 記入できしだい診察日に返却

※申請期限までに日にちがあり、継続して通院される方は診察時の返却にご協力お願いいたします

() 記入後、電話連絡が必要 → 連絡先 (- -)

1枚目 治療方法 A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)

A D E Fに○をつけた場合に記載	採卵日	平・令 年 月 日
B Cに○まるをつけた場合に記載 (移植した卵子の採卵日)	採卵日	平・令 年 月 日
A B Cに○をつけた場合に記載	移植日	平・令 年 月 日

2枚目 治療方法 A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)

A D E Fに○をつけた場合に記載	採卵日	平・令 年 月 日
B Cに○まるをつけた場合に記載 (移植した卵子の採卵日)	採卵日	平・令 年 月 日
A B Cに○をつけた場合に記載	移植日	平・令 年 月 日

当院記入欄

1枚目 記入期間 (/ ~ /) () 記入済み 1回目() 2回目()

2枚目 記入期間 (/ ~ /) () 記入済み 1回目() 2回目()

() スキャン済 () 電話連絡済 (/)

預り日 (/) 担当
