

申請者氏名

また、平群町が生殖補助医療費等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

3 申請できる期限は1回の治療が終了した日から翌年3月末までです。

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療 円	円	円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助 成 額	円		