

(別紙)

交付申請額	円																		
不妊治療に係る 医療費等の 本人負担額	円																		
長野県不妊に 悩む方への 特定治療支援 事業助成金	円																		
加入 医療保険	夫	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養															
		保険名 (発行機関)		保険者 番号															
	妻	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養															
		保険名 (発行機関)		保険者 番号															
婚姻年月日等	年 月 日																		