

本巢市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

本巢市長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
 特定不妊治療費の助成が決定された場合、下記助成決定額を請求します。

		ふりがな		生 年 月 日	
		氏 名			
対 象 者	夫			年 月 日 (歳)	
	妻			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 岐阜県本巢市 電話 ()			
	(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	〒 (夫・妻) どちらかに○をつける (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 〒 電話 ()			
申請者氏名		(申請者) _____ (申請者の配偶者) _____ (領収書のあて先と申請者は同一の者とする。) 特定不妊治療費助成金交付決定にあたり、裏面に掲げる【確認すべき事項について】同意します。			
申 請 額 (A-B)		A 治療費 (保険適用外) の自己負担相当額 _____ 金 _____ 円 B 本年度助成済み額 _____ 金 _____ 円			
*この欄は本巢市で記入します。					
		助成決定額 (A-B)		金 _____ 円	
		(※ただし上限20万円)		助成決定年月日 年 月 日	
振 込 先	金融機関	銀行 農協		本店	
		金庫 組合		支店 出張所	
	普通	ふりがな			
	当座	口座名義人 (注意：申請者と同一の方とする)			
	口座番号				(右詰記入)
	ゆうちょ銀行 (記号-番号)				

(裏)

【申請の手続きについて】

申請を行う際、以下のものをご持参ください。

- 1 本巢市特定不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 申請書に添付する書類（詳細は、「本巢市特定不妊治療費助成事業の概要」をご覧ください。）
 - (1) 本巢市特定不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
 - (2) 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
 - (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類 **【住民票※ または 戸籍謄本】**
{※夫及び妻の両方の記載があり、続柄（夫婦以外が世帯主の場合は+筆頭者）が記載されているもの}
 - (4) 夫婦の住所が確認できる書類（上記3で住民票を提出する場合は不要）
 - (5) 夫婦の婚姻日が確認できる書類 **【3か月以内の戸籍謄本】** ※1回目のみ提出。

【確認すべき事項について】

- 1 本市においては、不妊治療の状況を「本巢市母子保健計画」にまとめています。
- 2 計画書には個人の記載はなく、内容は統計的に集計され、個人を特定されることはありません。
- 3 情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。