様式第１号(第５条関係)

いなべ市特定不妊治療費（回数追加）助成事業申請書

（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用）

年　月　日

いなべ市長　宛て

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （ふ　り　が　な）氏　　　　名 | 生　年　月　日 |
| 夫 | ( )  | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 妻 | ( )  | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 夫の住所 | 〒　　　　　　　　　　　 電話　（　　　）　　　　　　　　　携帯　（　　　）　　　　 |
| 妻の住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　  電話　（　　　）　　　　□夫と同じ　　　　　　　　　　 携帯　（　　　）　　　　 |
| 以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。　□　特定不妊治療について、保険適用の上限回数（リセット後の回数を含む。）を終了しました。 |
| 申請者氏名夫　　　　　　　　　　　　　　　　妻　　　　　　　　　　　　　　＊以前の保険診療回数について、医療機関に確認することを同意します。申　請　額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　支店　　農協　　　　　　　　　　出張所　 |
| 預金種別 | 普通当座 | (ふりがな)口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | （左詰記入） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  |  | （ 承認・不承認）決定年月日 |  |

注　太枠の中を記入してください。

（添付書類）

１　いなべ市特定不妊治療費（回数追加）助成事業受診等証明書(医療機関の証明)

２　医療機関発行の領収書（原本）

３　住民票等