様式第１号(第５条関係)

いなべ市特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

いなべ市長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

関係書類を添えて、特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

　なお、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （ふ　り　が　な）氏　　　　名 | 生　年　月　日 |
| 夫 | ( )  | 　　年　　　月　　　日　（　　歳）　 |
| 妻 | ( )  | 　　　年　　　月　　　日　（　　歳）　　　　　　　　　 |
| 夫の住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　（　　　）　　　　携帯　　 （　　　）　　　　 |
| 妻の住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　（　　　）　　　　携帯　　　（　　　）　□夫と同じ。　　　　 |
| 先進医療実施日 | 実施した先進医療の名称 | 医療費A | A×70％B | Bと50,000円のうち低い方の額 |
| 　 年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  　年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
|  年　月　日 |  | 円 | 円 | 円 |
| 合　計 |  |  |  | ①　　　　　円 |
| 申請額 | ①の金額を転記する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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） |  |

【添付書類】

１　いなべ市特定不妊治療費（先進医療）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）（先進医療分）

３　住民票