

様式第1号(第7条関係)

胎内市特定不妊治療費助成事業申請書

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。

年 月 日

(あて先)胎内市長

申請者	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫	()	年 月 日生(歳)
妻	()	年 月 日生(歳)
住 所	※夫婦でお住まいの住所を記入してください。 〒 — 電話 () 胎内市	
住 所	※単身赴任等の理由で、夫婦の住所が異なる場合にのみ記入してください。 〒 — 電話 ()	
平日昼間に連絡可能な電話番号	電話 () 夫・妻の(自宅・職場・携帯・その他())	
申請額 金 _____ 円	〔※治療に要した費用。ただし、1年度当たり15万円を限度とする。〕 〔※申請できる年度は通算5年度まで〕	
今回の申請回数	回目(前回の申請 年 月)	
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成申請の有無	有 ・ 無	
特定不妊治療費助成金の交付申請に当たり、胎内市長が支給の決定に関して助成の適正を図るため、住民基本台帳及び胎内市における納税状況を確認すること。また、必要に応じて他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。 氏名(夫)(自署) 氏名(妻)(自署)		

金融機関	銀行 信組 信金 農協 労金 ()	本店 支店 本所 支所 ()	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください)				
			1 普通 2 当座					
(フリガナ) 口座名義人								

※添付書類

- 胎内市特定不妊治療費助成事業受診等証明書(新潟県特定不妊治療費助成事業(以下「県事業」という。))の申請をしている場合は、当該申請時に添付した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写しでも可)
- 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書及び診療明細書(県事業の申請をしている場合は、当該申請時に添付したものの写しでも可)
- 県事業による助成を受けている場合にあっては、新潟県特定不妊治療費助成事業決定通知書
- その他市長が必要と認める書類
(以下は記入の必要はありません。)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		決定金額	
受付番号	F			通算年度	1 2 3 4 5