

第1号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書（先進医療用）

年 月 日

（宛先）津市長

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。
 なお、申請内容の確認のため、必要な範囲で、医療機関等へ照会することに同意します。

記

	(ふりがな) 氏名		生年月日(年齢)			
申請者	()		年 月 日 (歳)			
配偶者	()		年 月 日 (歳)			
申請者の住所	〒 _____ 電話 ()					
配偶者の住所 (申請者と異なる場合に 記入してください。)	〒 _____ 電話 ()					
先進医療を 実施した日	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		
合計				① 円		
申請額	(①の金額を転記) 円 (1円未満切捨て)					
振込先						
振込口座申出書 (申請者の口座 に限ります。)	金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金 種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座番号					
受付年月日				(助成・却下) 決定年月日		
受給者番号						
				助成額		

※1 太枠の中を記入してください。

※2 1回の特定不妊治療ごとに提出してください。

(添付書類)

1. 特定不妊治療受診等証明書（医療機関の証明）
2. 医療機関発行の領収書（原本）
3. 世帯全員（事実婚の場合は兩人）の住民票
4. 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合にあって、兩人の住所が異なる場合）
5. 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）（任意様式）