

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 <small>(申請者と異なる場合に記入してください。)</small> | 〒 _____ 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 <small>(申請者の口座に限ります。)</small> | 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）

