

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							(左詰記入)
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）