

第3号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書  
 （保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用）

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、以前の保険診療回数等の確認のため、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 ( ) 携帯 ( )					
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 ( ) 携帯 ( )					
次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療について、保険適用の上限回数を終了しました。 <input type="checkbox"/> 保険適用の上限回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数を通算して8回以内です。								
申 請 額		円						
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 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)
受付年月日				( 助成・却下) 決定年月日				
受給者番号								
					助成額			

- ※ 太枠の中を記入してください。
- (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（必要な場合は戸籍謄本）
  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）

