

第3号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書

（保険適用終了後の第2子以降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。								
□ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数（リセット前の回数を含む。）を終了しました。								
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 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		

※ 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）の住民票及び戸籍謄本
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）