

(宛先) 鈴鹿市長

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事業用)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

関係書類を添えて、以下のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	(ほけん たろう) 保健 太郎	昭和 平成 3 年 1 月 1 日 (〇〇 歳)
妻	(ほけん はなこ) 保健 花子	昭和 平成 62 年 1 月 1 日 (〇〇 歳)
住所	〒 513-0036 鈴鹿市西条5丁目118-3 鈴鹿市保健センター 1F 電話 059 (382) 2252	
住所(夫婦で異なる場合)	〒 - ※ 夫婦の住所が同じであれば記入不要です 電話 ()	
以下について確認し、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を終了しました。		
☒ 今回の治療までの特定不妊治療について、本助成金の申請回数、保険適用の上限回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療費助成事業利用回数の通算は、合計8回以内です。		
☒ 以前の保険診療回数等について、必要時は市が医療機関へ照会することに同意します。		
申 請 額 (1,000円未満は切捨処理してください)		金 295,000 円

▼振込先

金融機関名	本店・支店名 (ゆうちょ銀行の場合は店番)	金融機関コード (銀行コード)	支店コード (支店番号)
百五 銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫	鈴鹿 本店・支店 支所・出張所 営業部	0 1 5 5	3 0 1
口座種別	口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)
普通 当座	1 2 3 4 5 6 7		ホケン ハナコ

医療機関が記載した『保険適用終了後の特定不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)』の「領収金額」と「今回の治療方法」を確認し、記入してください。

「今回の治療方法」が【A・B・D・E】の場合、申請額
の上限は30万円です。

「今回の治療方法」が【C・F】の場合、申請額の上限は
上限17万5千円です。

※なお、申請額に1,000円未満の端数がある場合は、切捨
処理をしてください。

(不承認) 決定年月日

定不

婚の

の場合に必要)

夫・妻 どちらの口座でも大丈夫です。