

第1号様式(第8条関係)

(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 年 月 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	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
妻	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話 ()	
住所(夫婦で異なる場合)	〒 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、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と合わせて通算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 _____ 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)		
	銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫		本店・支店 支所・出張所 営業部							
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										

申請受理年月日	.	.	(承認・不承認) 決定年月日	.	.
---------	---	---	------------------	---	---

(添付書類)

1. 特定不妊治療受診等証明書(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)
2. 医療機関発行の領収書(原本)
3. 戸籍謄本(夫婦が住民票を別になっている、又は事実婚の場合に必要)
4. 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に必要)
5. 出生した場合の子の認知に関する意向書(事実婚の場合に必要)