

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)

令和 年 月 日

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

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。

- 県内他市町において、本助成金を受けたことはありません。
- 申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日(年齢)
夫	()	年 月 日(歳)
妻	()	年 月 日(歳)
住所	〒 電話 ()	
住所 (※夫婦で異なる場合に記入)	〒 電話 ()	
申請額	円	
振込先		
金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通	(ふりがな) ()
	当座	
口座番号		(左詰記入)

【添付書類】

- 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)
- 医療機関発行の領収書(原本)
- 戸籍謄本(3か月以内に発行されたもの。住民票で夫婦関係が確認できない場合、事実婚の場合に必要です。)
- 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に必要です。)
- 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です。)