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事業申請書**

**（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）**

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　　　　（　　　） |
| 治療・助成回数（リセットがある場合はリセット後の回数） | ・保険適用による特定不妊治療　　　　　　　　　　　　　　　（　　　）回・保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成　　　　（　　　）回・着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成 （　　　）回 |
| 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。□ 体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が２回以上ある。□ 以前の治療回数等について、必要時は市が医療機関等へ確認することに同意します。 |
| 申　請　額 | 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．特定不妊治療費助成事業受診等証明書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成用）

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している、また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）