

（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)<br>氏 名                                                                                        | 生 年 月 日                      |
| 夫                                                                                                                                                                                                         | ( )                                                                                                  | 昭和・平成<br>年 月 日 ( 歳)          |
| 妻                                                                                                                                                                                                         | ( )                                                                                                  | 昭和・平成<br>年 月 日 ( 歳)          |
| 申請者<br>住所                                                                                                                                                                                                 | 〒 ー<br>電話 ( )                                                                                        |                              |
| 住所(夫婦で<br>異なる場合)                                                                                                                                                                                          | 〒 ー<br>電話 ( )                                                                                        |                              |
| 治療・助成回数<br>(リセットがあ<br>る場合はリセッ<br>ト後の回数)                                                                                                                                                                   | ・ 保険適用による特定不妊治療 ( ) 回<br>・ 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<br>・ 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。<br><input type="checkbox"/> 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。あるいは、夫婦のいず<br>れかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている<br><input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                      | (1,000円未満は切り捨て)<br>金 _____ 円 |

▼振込先

| 金融機関名                    | 本店・支店名<br>(ゆうちょ銀行の場合は店番) | 金融機関コード<br>(銀行コード) | 支店コード<br>(支店番号) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|
| 銀行・信用金庫<br>農協・漁協<br>労働金庫 | 本店・支店<br>支所・出張所<br>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ない、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）