

見附市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 見附市長

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、私と配偶者は、申請の要件を確認するため、見附市が公簿又は関係機関に確認することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

夫	(ふりがな) 氏名	()											
	生年月日	年	月	日生									
	個人番号												
	住所	〒											電話 ()
妻	(ふりがな) 氏名	()											
	生年月日	年	月	日生									
	個人番号												
	住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒											電話 ()
今回の申請回数	回目(前回の申請 年 月)												
高額療養費制度の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
申請額 金 _____ 円 (上限 80,000 円)													
(医療保険(保険者)から高額療養費等の給付を受けた金額 金 _____ 円)													
振込先	金融機関名	銀行・金庫 店 農協・信組 所											
	預金種別	普通・当座	口座番号										
	(ふりがな) 口座名義人	()											

注：次の書類を添付してください。

- ・見附市不妊治療費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)
- ・不妊治療を受けた医療機関等の発行する領収書及び治療内容明細書
- ・事実婚の場合は、両人の戸籍の全部事項証明書又は戸籍謄本
- ・事実婚関係に関する申立書(別記第3号様式)
- ・夫婦の加入医療保険資格情報が分かる書類
- ・その他の関係書類(高額療養費、付加給付の支給決定通知書等)

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月日	年 月 日	申請決定年月日	年 月 日	承認・不承認
受給者番号				