

様式第5号(第14条関係)

特定不妊治療費助成事業申請書
(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)

関係書類を添えて、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	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住所(※1)	〒	電話 () 携帯 ()
住所(※2)	〒	電話 () 携帯 ()
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。 ☐ 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併せて通算8回以内です。		
申請者氏名 _____ * 以前の保険診療回数等について、医療機関に確認することを同意します。 申 請 額 金 _____ 円 年 月 日 志摩市長 宛て		
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 () 当座 口座名義人
	口座番号	(左詰記入)

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

注)太枠の中を記入してください。

※1:夫の住所を記入してください。

※2:夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入してください。

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書(原本)
3. 住民票等