

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、間違いがなければ口にレ点を入れてください。			
<input type="checkbox"/> 特定不妊治療について、志摩市特定不妊治療費(保険適用後)助成事業実施要綱第10条第1号に規定する保険適用の上限回数を終了しました。			
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 市・町長 宛て			
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 当座	(ふりがな) 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:夫の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (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