

## 尾鷲市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、尾鷲市特定不妊治療費(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加)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 ( )	
住所 (※2)	〒 _____ 電話 ( )	
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。		
<input type="checkbox"/> 特定不妊治療について、保険適用の上限回数(リセット後の回数を含む)を終了しました。		
本補助金の交付申請にあたり、次の事項について同意します。 <input type="checkbox"/> 市が、申請内容の確認のため、住民基本台帳システムを閲覧すること。 <input type="checkbox"/> 市が、他の自治体における受給状況について確認し、必要に応じて情報提供すること。 <input type="checkbox"/> 市が、医療機関等における治療状況について確認すること。		
申請者氏名 (夫及び妻の記名) _____		
申請額 金 _____ 円		
令和 年 月 日 尾鷲市長 宛て		

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)