

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。

- 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合わせて通算8回以内である。

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。

- 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。
- 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。
- 市が、医療機関等における治療状況や以前の保険診療回数等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

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. 保険適用終了後の特定不妊治療費助成事業受診等証明書
 2. 医療機関発行の領収書及び明細書、院外処方がある場合は院外薬局が発行する
 領収書(原本)