様式第１号（第６条関係）

糸魚川市不妊不育治療費助成事業申請書

年　　月　　日

糸魚川市長　　様

申 請 者（〒　　－　　）
住　　所 ……
氏　　名 ……
電話番号 ……

関係書類を添えて、下記のとおり不妊不育治療費の助成を申請します。

夫	（ふりがな） 氏　　名	（　　）
	生 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
妻	（ふりがな） 氏　　名	（　　）
	生 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所 ※申請者と住所が違う場合記入		（夫・妻）
通算申請回数		今回の申請回数　　回目　（前回の申請　　年　　月）
今回の治療に対し、国又は他の地方公共団体からの助成の有無		無　・　有　　助成額　　円
今回の治療に対し、高額療養費又は付加給付の有無		無　・　有　　高額療養費　　円、付加給付　　円
申請の種類		□不妊治療　□不育治療
申請額		金　　円　　15万円を超えることはできません。

この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳及び納税状況を確認し、又は必要に応じて他の自治体に情報を照会し、若しくは提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。
（署名又は記名押印）
氏名（夫）　　氏名（妻）

振込先	金融機関名						支店名			
	預 金種別	普通 当座	口座番号							
	（ふりがな） 口座名義人	（　　）								

※暴力団でないことの誓約
　私又は私が代表を務める団体等の役員は、糸魚川市補助金等交付規則第４条第３項に規定する暴力団等ではありません。

［添付書類］　①　不妊不育治療費助成事業受診等証明書
②　不妊不育治療に要した費用の領収書及び診療明細書
③　その他関係書類（今回の治療に対して、国若しくは他の地方公共団体からの助成又は高額療養費若しくは付加給付がある場合は、それを決定した通知書等）
④　①から③までに掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

（以下は記入しないでください。）

申請受理年月日		決定日		決定額	