

様式第1号（第5条関係）

桑名市特定不妊治療費助成事業（回数追加）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)<br>氏名                              | 生年月日        |
| 夫   | ( )                                       | 年 月 日生 ( 歳) |
| 妻   | ( )                                       | 年 月 日生 ( 歳) |
| 住所(夫)   | 〒 携帯 ( )                                  | 電話 ( )      |
| 住所(妻)   | 〒 携帯 ( )<br><input type="checkbox"/> 夫と同じ | 電話 ( )      |
| <p>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。</p> <p><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。</p>  |   |             |
| <p>申請者氏名<br/>夫 _____ 妻 _____</p> <p><u>*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。</u></p> <p>桑名市にお住まいの方（住民票がある方）のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 桑名市の住民基本台帳（住民票）の情報を照会することに同意します。</p> <p>申請額 金 _____ 円</p> <p>年 月 日 桑名市長 宛て</p> |   |             |

|         |  |                   |  |
|---------|--|-------------------|--|
| 申請受理年月日 |  | (承認・不承認)<br>決定年月日 |  |
| 受給者番号   |  |                   |  |

注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

1. 桑名市特定不妊治療費助成事業（回数追加）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. 夫婦のうち、桑名市に住民登録がある方の住民票  
 ※住民基本台帳の照会に同意すれば省略可（上記の同意欄）
4. 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）（任意様式）