

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) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住所（夫）	〒 電話 () 携帯 ()	
住所（妻）	〒 電話 () 携帯 () ☐ 夫と同じ	

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（リセット後の回数を含む）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P G T－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。

申請者氏名
 夫 _____ 妻 _____

*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。

桑名市にお住まいの方（住民票がある方）のみ

☐ 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。

申 請 額 金 _____ 円

年 月 日 桑名市長 宛て

申請受理年月日				(承認・不承認) 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）