

桑名市特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

年 月 日

関係書類を添えて特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

なお、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

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。

記

氏名		生年月日		
(ふりがな) 夫	( )	年 月 日 ( 歳)		
(ふりがな) 妻	( )	年 月 日 ( 歳)		
夫の住所	電話 ( )			
妻の住所	<input type="checkbox"/> 夫と同じ 電話 ( )			
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70% B	Bと50,000円の うち低い方の額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計				① 円
申請額	①の金額を転記) 円 (1円未満切り捨て )			

<添付書類>

1. 桑名市特定不妊治療費（先進医療）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）（先進医療分）
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）