

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. 住民票(桑名市に住民票がある方に限り、住民基本台帳の照会に同意すれば省略可(上記の同意欄))