様式第１号（第５条関係）

桑名市特定不妊治療費助成事業申請書

（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）

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）
夫の住所	〒 電話　　（　　）	
妻の住所	〒 電話　　（　　）	
治療・助成回数 （リセットがある場合はリセット後の回数）	・保険適用による特定不妊治療　（　　）回 ・保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成　（　　）回 ・着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成　（　　）回	

以下について確認し、間違いがなければ□に✓を入れてください。

□体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が２回以上ある。

申請者氏名

＊以前の治療回数等について、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

注）太枠の中を記入してください。

（添付書類）

１．特定不妊治療費助成事業受診証明書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）（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等
　※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）