

南魚沼市不妊治療費助成事業申請書（特定不妊治療・人工授精）

不妊治療費の助成について、関係書類を添えて下記により申請します。

令和 年 月 日

（あて先）

南魚沼市長

（振込口座名義人）

申請者氏名.....印

（自署又は記名押印）

☆申請内容審査において、住民票・戸籍等の確認を承諾のうえ申請します。

※太枠内を記入してください。

助成対象者氏名・住所等	夫	ふりがな氏名			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳) ※年齢は、今回の助成申請にかかる治療の開始日の年齢		
		住所	〒 電話 ()		
	妻	ふりがな氏名			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳) ※年齢は、今回の助成申請にかかる治療の開始日の年齢		
		住所 <small>※夫婦の住所が異なる場合に記入</small>	〒 電話 ()		
通算申請回数		回目 (前回の申請 年 月)			
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成申請の有無		有 (助成額¥ 円) ・ 無			
申請金額 金 円 (特定不妊治療上限 130,000 円) (人工授精上限 30,000 円)					
振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)			

・振込先には、申請者名義の口座を指定してください。

【添付書類】 不妊治療費助成事業受診等証明書・領収書・診療明細書

※受付
保健・子育て 大和SC・塩沢SC

整理番号	申請受理年月日