

(あて先) 南魚沼市長

南魚沼市不妊治療費助成事業申請書 (特定不妊治療・一般不妊治療)

不妊治療費の助成について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、本申請に係る審査に当たり、南魚沼市が夫婦の住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

※太枠内を記入してください。

申請者氏名・住所等	妻	ふりがな氏名			
		生年月日	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 ( )		
	夫	ふりがな氏名			
		生年月日	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 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒 電話 ( )		
健康保険の給付有無		有 (給付額 円) ・ 無			
高額療養費の有無		有 (高額療養費 円) ・ 無			
他の地方公共団体等からの助成の有無		有 (助成額 円) ・ 無			
出産による助成回数リセットの有無		有 ( 年 月 日生) ・ 無 ※「有」の場合は、子の出生日を記載してください。			
通算申請回数		回目 (前回の申請 年 月) ※助成回数リセットがある場合は1回目となります。			
申請金額		金 円 (上限 130,000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	(フリガナ)			

【添付書類】

- (1) 南魚沼市不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
- (2) 上記証明書に記載された治療期間中において発行された次の領収書等
  - ・ 不妊治療を受けた医療機関が発行した領収書及び診療明細書
  - ・ 不妊治療で処方された薬に係る領収書及び診療明細書
- (3) その他市長が必要と認めるもの

整理番号	受理日	※受付