

様式第1号（第6条関係）

美濃加茂市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

美濃加茂市長 あて

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

		氏 名	生 年 月 日		
対	夫				
	妻				
象	住所	〒	電話		
	*1 夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入	〒	電話		
申請者		印	申請者の配偶者	印	
申請額		金	円	(治療に直接要した費用。ただし、5万円を超える場合は5万円とする。)	
申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。					
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください。)		過去に、岐阜県又は他の都道府県・中核市・市町村から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まれます。) ・ない ・ある (ある場合、自治体名 助成の時期 年 月)			
振込先	金融機関名		口座名義人	種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	ふりがな	普通 当座	
申請受付年月日		年 月 日	決定年月日	承認 不承認	年 月 日

*1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注記 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 特定不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
- 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
- 4 夫及び妻の住所を確認できる書類
- 5 夫及び妻の前年度の所得を証明する書類（児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書）
- 6 岐阜県の特定不妊治療の対象になった方は、その認定通知書（3及び5の添付書類は不要）