

小千谷市特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

年 月 日

小千谷市長 あて

※太枠内をご記入ください。

夫	(ふりがな) 氏 名	() 自署又は記名押印 印		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 電話 ()		
妻	(ふりがな) 氏 名	() 自署又は記名押印 印		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒 電話 ()		
今回の申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
今回の治療に対し新潟県以外の自治体の助成申請の有無		有 ・ 無	自治体名 ()	
申 請 額 金 _____ 円 (上限額 80,000 円) (新潟県及び他自治体から助成決定を受けた金額 金 _____ 円)				
振 込 先	金融機関名	銀行 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	()		

- ※ (1) 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合などです。
 (2) 夫婦の住所が異なる場合は、それぞれの住所地における申請の有無について確認させていただきます。
 (3) 添付書類は、次のとおりとします。
 ①新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業決定通知書 (写し)
 ②新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 (写し)
 ③小千谷市特定不妊治療費助成事業受診等証明書 (②があれば添付不要)
 ④指定医療機関の領収書 (②に添付した写しでも可)
 ⑤住民票 (世帯全員の続柄、本籍記載のもの。夫婦の住所が異なる場合はそれぞれの住民票が必要)

(以下は記入の必要がありません)

申請受理年月日	年 月 日	申請決定年月日	年 月 日
承 認 ・ 不 承 認			
交付番号	第 号	助成額	円