

燕市不妊治療費助成事業申請書

燕市不妊治療費助成事業実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

年 月 日

燕市長 様

※太枠内をご記入ください。

申請者 夫	(ふりがな) 氏 名	() 印	生年月日	年 月 日
申請者 妻	(ふりがな) 氏 名	() 印	生年月日	年 月 日
住所 ※夫婦の住所を記入		〒		
住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入		〒		
日中連絡可能な電話番号		電話 () 夫・妻・その他 ()		
今回の申請回数		特定不妊治療分	回目(前回の申請 年 月)	
		一般不妊治療分	回目(前回の申請 年 月)	
申請額	特定不妊治療分 (上限80,000円)	_____ 円 今回の治療に対し新潟県及び他の自治体への助成申請 有・無 新潟県及び他の自治体から助成決定を受けた額 _____ 円		
	一般不妊治療分	_____ 円 今回の治療に対し新潟県及び他の自治体への助成申請 有・無 他の自治体から助成決定を受けた額 _____ 円		
	合 計	_____ 円		

- ※ (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等で、この場合は、それぞれの住所地における申請の有無について確認します。
 (2) 申請者の所得状況及び納税状況は、下記同意書により確認します。
 (3) 添付書類は、裏面のとおりとします。

同意書

燕市不妊治療費助成交付決定審査のため、申請者の所得状況及び納税状況を確認することに同意します。

夫 氏名	印	妻 氏名	印
------	---	------	---

(以下は記入の必要はありません)

申請者番号	特定・一般	決定年月日 (承認・不承認)	
市税等未納の有無	有・無		

添付書類

(1) 特定不妊治療（第7条第1項）

- ①新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成決定通知の写し
- 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の写し
- ③指定医療機関発行の領収書・診療明細書

(2) 一般不妊治療（第7条第2項）

- ①燕市不妊治療費助成事業受診等証明書
- ②保険医療機関発行の領収書・診療明細書