

土岐市特定不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

土岐市長 様

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、及び請求します。

		(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
対象者	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
	住 所	〒	電話 ()
	夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入	〒	電話 ()
申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県又はそれ以外の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会及び提供、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。 申請者氏名 (申請者の配偶者) _____ ④ _____ ④ (夫及び妻が自署又は記名押印)			
治療費の自己負担相当額 (直接治療に要した費用)		円	
岐阜県からの助成額		円	
申 請 額 (請 求 額)		円 (治療に直接要した費用から県の助成金を控除した額。ただし、治療方法A、B、D、Eについては10万円、治療方法C、Fについては5万円を限度とする。)	
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・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みます。) ・ ない ・ ある (ある場合、自治体名 回数)	
振込先	金融機関名		口座名義人 (フリガナ)
	銀行 本店		種別 普通 当座
	金庫 支店		
農協 出張所			
申請受付年月日	年 月 日	交付・不交付決定年月日	年 月 日

注記 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 土岐市特定不妊治療費助成事業受診等証明書又は岐阜県特定不妊治療費助成事業受診証明書写し
- 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書 (写しでも可)
- 3 岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 4 夫及び妻の住所を確認できる書類