

十日町市特定不妊治療費助成申請書兼請求書

特定不妊治療を実施しましたので、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

平成 年 月 日

十日町市長様

※太枠内を記入してください。

申請者・夫	(ふりがな) 氏名	()		印
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳)
申請者・妻	(ふりがな) 氏名	()		印
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳)
住所 1 ※夫婦の住所を記入		〒 () 電話 ()		
住所 2 ※夫婦の住所が異なる場合に記入		〒 () 電話 ()		
十日町市への助成申請回数		通算 回目 (前回の申請時期 年 月)		
区分	治療費 (A)	新潟県からの助成 (B)	申請額・請求額 (A-B)	
男性不妊治療分除く	円	円	円	
男性不妊治療分	円	円	円	
合計	円	円	円	
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用組合・金庫 本店・支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	()		

【添付書類等】 (資料原課保管)

- ①十日町市内に住所を有する法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - ・申請者夫婦が市内で同一世帯…続柄が入った世帯全員の住民票
 - ・申請者夫婦が別世帯…市内に住所を有する夫又は妻のどちらかの住民票及び全部事項証明書
 - ②新潟県指定医療機関発行の領収書
 - ③新潟県からの助成決定通知書の写し
 - ④新潟県に提出する新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業証明書の写し
 - ⑤印鑑及び振込口座の通帳
- (以下は記入の必要はありません。)

申請受理年月日		決定年月日	
受給者番号		今回の申請	県 回目