

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。

なお、申請に係る審査に際し、税情報及び住民基本台帳等の助成金の交付に必要な情報について調査すること及び今回の申請に係る治療に対する助成金の交付状況について他の自治体に照会することについて同意します。

令和 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	年	月	日生 ( 歳)
申請者・妻	(ふりがな) 氏名	( )		印
	生年月日	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) A-Bの額と助成限度額を比較して低い方の額	
男性不妊治療分除く	円	円	円	
男性不妊	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申請者夫婦が別世帯の場合、全部事項証明書（戸籍とう本）
  - 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（前年度所得合計が730万円以上の夫婦にあっては医療機関が作成する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	所得合計額 730万円	未満	以上