

第 1 号様式（第 6 条関係）

柏崎市特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

柏 崎 市 長 様

※太枠内を記入してください。

		年 月 日	
夫	(ふりがな) 氏 名	()	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	〒 -	
妻	(ふりがな) 氏 名	()	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所 ※ 夫と住所が異なる場合に記入してください。	〒 -	
日中連絡可能な電話番号		- - 夫・妻 自宅・職場・その他 ()	
柏崎市への助成申請回数		通算 _____回目 (前回の申請 年 月)	
今回の治療に対し、新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請の有無			有 ・ 無
申 請 額		金 円 (上限 円)	
<p>本申請の審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況、所得状況等について市が調査・閲覧することに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 (夫)</p> <p style="text-align: right;">氏名 (妻)</p>			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 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】

- 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書
- 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（写し可）又は柏崎市特定不妊治療受診証明書
- 3 領収書及び診療明細書など（写し可）
2に係る領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類

(以下は、記入の必要はありません。)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
---------	--	----------------	--