

別記

第1号様式（第6条関係）

柏崎市不妊治療費助成事業申請書

柏崎市 市長様

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

		年 月 日	
申請者 夫	(ふりがな) 氏名	( )	
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
	住所	〒 -	
申請者 妻	(ふりがな) 氏名	( )	
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
	住所 <small>※夫婦の住所が異なる場合に記入してください。</small>	〒 -	
日中連絡可能な電話番号		- - 夫・妻・その他 ( )	
助成申請回数		通算 _____ 回目 (前回の申請 年 月)	
		通算回数リセットの場合 ( 年 月 日の出産等)	
自己負担合計額		円 (保険適用外を除く)	
高額療養費制度による助成	<input type="checkbox"/> 有 ( 円) <input type="checkbox"/> 無 (限度額認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 不明		
付加給付制度による助成	<input type="checkbox"/> 有 ( 円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
今回の治療に対し、他の自治体からの不妊治療費助成の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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 柏崎市不妊治療受診証明書 (第2号様式)
- 2 同意書 (第3号様式)
- 3 保険医療機関等発行の領収書及び診療明細書 (写し可)
- 4 申請者 (2人分) の健康保険証 (写し可)
- 5 振込口座の確認できるもの (申請者名義の通帳やキャッシュカード等)
- 6 高額療養費や付加給付による助成がある場合 限度額適用認定証や制度の助成額の分かる書類
- 7 夫婦の住所が異なる場合 二人の戸籍謄本
- 8 事実婚の場合 二人の戸籍謄本と事実婚関係の申立書 (第4号様式)
- 9 通算回数リセットの場合 出産等の事実を確認できる書類

【事務処理欄】

申請受理年月日	年 月 日	対象自己負担額	円
市税等の未納の有無	有・無	医療保険からの給付額	円
決定年月日 (承認・不承認)	年 月 日	助成決定額	円