

別記
第 1 号様式（第 6 条関係）

柏崎市不育症治療費助成事業申請書

柏崎市長 様

関係書類を添えて、次のとおり不育症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
	住 所	〒		
申請者妻	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒		
日中連絡可能な電話番号		() 夫 ・ 妻 ・ その他 ()		
申請回数		回 目 (前回の申請 年 月)		
自己負担合計額		円		
高額療養費制度による助成		☐ 有 (円) ☐ 無 (限度額認定 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 不明		
付加給付制度による助成		☐ 有 (円) ☐ 無 ☐ 不明		
今回の治療に対し、他の自治体からの不育症治療費助成の有無		☐ 無 ☐ 有		
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 柏崎市不育症治療費助成事業受診等証明書（第 2 号様式）
 - 2 同意書（第 3 号様式）
 - 3 保険医療機関・薬局発行の領収書及び明細書（写し可）
 - 4 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）
 - 5 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
 - 6 夫婦の住所が異なる場合 両人の戸籍謄本
 - 7 事実婚の場合 両人の戸籍謄本と事実婚関係の申立書（第 4 号様式）

【申請時に持参するもの】
申請者（2 人分）の加入保険資格情報が分かるもの

【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