

第 1 号様式（第 6 条関係）

柏崎市長様

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 ※夫婦の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 ・ 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		☐ 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妊治療費助成の有無		☐ 有 ☐ 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	()									

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 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）
8 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

申請者（2人分）の加入保険資格情報が分かるもの

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