

徳島市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

徳島市長 殿

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、徳島市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成請求者と受領については口座名義人に委任します。

助成の適正を図るため、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の確認を行うことに同意します。

徳島県こうのとり応援事業に、**個人番号(マイナンバー)**を用いて申請しました。
(該当者は口にて点をご記入ください。この場合、夫及び妻の住民票の提出は不要です。)

※太枠内のみ記入してください。

		夫		妻			
申請者	(ふりがな) 氏名						
	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)		
	電話	()		()			
	住所	〒		〒 ※夫婦の住所が異なる場合のみ記入			
申請額		金 円					
助成歴		過去に徳島市から助成歴はありますか 【 ない・ある ()回 前回申請 年 月頃 】					
※令和3年1月1日以降に治療が終了した方のみ記入してください。		徳島県こうのとり応援事業の申請で、出産、または妊娠12週以降の死産があり、申請回数の変更をしましたか		【 していない・した (出生・死産) 】			
		※死産の場合は子の氏名は不要です		<table border="1"> <tr> <td>出生(死産)日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">子の氏名</td> </tr> </table>		出生(死産)日	年 月 日
出生(死産)日	年 月 日						
子の氏名							
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本・支店 支所			
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義人						

以下は職員記入欄

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

添付書類	<input type="checkbox"/> 1. 徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書(原本)
	<input type="checkbox"/> 2. 徳島県こうのとり応援事業受診証明書
	<input type="checkbox"/> 3. 特定不妊治療・男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(自費診療分に限る)
	<input type="checkbox"/> 4. 夫及び妻の住民票 ※徳島県こうのとり応援事業申請時に個人番号(マイナンバー)を用いた場合省略可能
	<input type="checkbox"/> 5. 戸籍謄本 ※徳島市に初めて申請するとき、助成回数変更のため、子の出生の確認をするとき
	<input type="checkbox"/> 6. その他 市長が必要と認める書類
◎添付書類(2~5)は、徳島県こうのとり応援事業申請時の写しでも可とする。	

台帳番号

治療費総額 _____ 円

徳島県助成額 _____ 円

徳島市助成額 _____ 円