

特定不妊治療費助成申請書兼請求書（今年度 回目）

鯖江市特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請（請求）します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	県への申請日
夫		昭和 平成 年 月 日 (歳)	年 月 日
妻		昭和 平成 年 月 日 (歳)	他市町への申請 なし・あり
住所(※1)	〒 鯖江市 電話 ()		
住所(※2) (夫・妻)	〒 電話 ()		
申請者氏名 (口座名義人と同じ) _____ (自署)			
特定不妊治療費(本人負担額) 金 _____ 円			
申請額(請求額) 金 _____ 円			
年 月 日 鯖江市長 殿			
助成金振込先	(ふりがな) 口座名義人		
	金融機関名	支店名	
	預金種別 および口座番号	普通 当座	
特定不妊治療等助成の認定に必要な住民情報の調査に同意します。			
同意します 氏名 _____ (自署)			

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

<添付書類>①特定不妊治療指定医療機関受診等証明書

②特定不妊治療を受けた医療機関発の領収書

③市税に滞納がないことを証明できる書類(納税証明書)

④夫婦であることを証明できる書類

・夫婦ともに鯖江市民で同一世帯の場合、住民情報の調査に同意があれば省略可。

・事実婚の夫婦は両人の戸籍謄本が必要。