様式第１号（第６条関係）

伊勢市不妊不育治療医療費助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）伊勢市長

住所
申請者　氏名
電話番号

伊勢市不妊不育治療医療費助成金の交付を受けたいので、伊勢市不妊不育治療医療費助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。

不妊不育治療を受けた者の氏名		生年月日	婚姻年月	加入医療保険
ふりがな 夫		年　月　日	年　月	社保　国保 その他（　）
ふりがな 妻		年　月　日		社保　国保 その他（　）
交付を受けようとする助成金の申請額		円	※助成金交付決定額	円

（注）

１　※印欄は記入しないでください。

２　申請には、保険証及び上記負担額の領収書を必ずお持ちください。

同　意　書

私たちは、伊勢市不妊不育治療医療費助成金の交付申請に当たり、次の事項について同意します。

１　市が、戸籍、住民基本台帳及び所得の状況を閲覧すること。

２　市が、他の地方公共団体における不妊不育治療に係る医療費の受給状況について、当該地方公共団体に照会し、当該地方公共団体から報告を受けること。

３　市が、他の地方公共団体に対して、伊勢市不妊不育治療医療費助成金の交付決定の情報を必要に応じて提供すること。

夫　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

妻　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

〔振込先〕

金融機関名	預金種別	口座番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人
銀　行 信用金庫　　支店 農　協　　支所 信 漁 連	普通 ・ 当座		（　　）