

年度内に申請をしてください。
医療機関等証明書の記入日以降の日付でお願いします。

書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

住所

申請者 氏名

電話番号

必ず記入をお願いします。
（日中連絡のつ
くところ）

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) 治療に要した費用の合計額に2分の1を乗じた金額を ご記入ください。（100円未満は切り捨て。10万円上限）				記入しないで ください

- 1
- 2 申請には、医療保険各法の資格に係る情報を確認できる書類等及び上記負担額の領収書を必ずお持ちください。

私た します	健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナ保険証の資格情報画面のコピーなど。マイナ保険証の場合、資格情報画面のデータをメールで健康課に送ってもらうことでもかまいません。	意
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。		
それぞれ署名、捺印をお願いします		
夫 氏名 _____ (印)		
妻 氏名 _____ (印)		

〔振込先〕

金融機関名	預金種別	口座番号	申請者の方の口座で お願いします
銀行 信用金庫 農協 信漁連	普通 ・ 当座		()

記入誤りの場合は、修正テープは使用せず、誤った箇所に二重線を引き、その上に申請印で訂正してください。