

様式第3号(第7条関係)

伊勢市特定不妊治療医療費助成金交付申請書(保険適用終了後の特定不妊治療用)

(宛先) 伊勢市 特定不妊治療が終了した日から6か月以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をお願いします。 記入例 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて、伊勢市特定不妊治療医療費助成金の交付を申請します。

氏 名	生 年 月 日
(ふりがな) 夫 ( )	年 月 日生 ( 歳)
(ふりがな) 妻 ( )	年 月 日生 ( 歳)

間違いがなければ、レ点を入れてください。

電話  
携帯  
電話  
携帯

電話番号は、夫婦どちらとも必ず記入をお願いします。(日中連絡のつくところ)

☐について確認し、間違いがなければ☐にレ点を入れてください。

特定不妊治療について、保険適用の上限回数(リセット後の回数を含む。)を終了しました。

私たちは、伊勢市特定不妊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、住民基本台帳等の状況を閲覧すること。
- 2 市が、以前の保険診療回数等について、医療機関等に確認すること。
- 3 市が、他の地方公共団体における特定不妊治療に係る経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。
- 4 市が、他の地方公共団体に対して、伊勢市特定不妊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。

申請者氏名

夫 \_\_\_\_\_ (印) 妻 \_\_\_\_\_ (印)

申 請 額 金 \_\_\_\_\_ 円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 ( )

記入誤りの場合は、修正テープは使用せず、誤った箇所には二重線を引いて、その上に申請印で訂正してください。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中を記入してください。

- ※1: 夫の住所を記入する。
- ※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

(添付書類)

- 1 伊勢市特定不妊治療医療費助成金に係る医療機関等証明書(保険適用終了後の特定不妊治療)
- 2 医療機関発行の領収書(原本)

※伊勢市で婚姻関係が確認できない場合等には、次の書類の提出をお願いすることがあります。  
世帯全員(別居の場合は夫妻それぞれのもの)の住民票及び戸籍謄本(事実婚の場合はそれぞれのもの)  
事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合であって、夫妻の住所が異なるとき。)  
出生した場合の子の認知に関する意向書(事実婚の場合)(任意様式)