

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） 伊勢市長

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 年 (歳)			
(ふりがな) 妻	()	年 月 日 (歳)			
夫の住所	〒 電話 ()				
妻の住所 (夫と異なる場合に記入)	〒 電話 ()				
以下について確認し、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を終了しました。 ☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療助成事業利用回数と合わせて通算8回以内である。					
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。					
申請者氏名 夫 妻					
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	()	
	口座番号				(左詰記入)

（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、住民票、戸籍謄本等の提出をお願いすることがあります。