

伊勢市特定不妊治療医療費助成金交付申請書
（着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療用）

（宛先

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
 日付でお願いします。

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 | 〒 | 電話番号は、夫婦どちらも 必ず記入をお願いします。 (日中連絡のつくところ) | | |
| 妻の住所 (夫と異なる場合に記入) | 〒 | 電話 () | | |
| 治療・助成回数 (リセットがある場合は リセット後の回数) | ・保険適用による特定不妊治療 () 回 ・保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 () 回 ・着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成 () 回 | | | |
| 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。 <input type="checkbox"/> 2回以上の体外受精胚移植の不成功の既往、または2回以上の流死産の既往、または夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている夫婦です。 | | | | |
| 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 記 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、その上に申請印を押してください。 | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 金庫 農協 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）

- 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）
 - 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。