

伊勢市特定不妊治療医療費助成金交付申請書（先進医療用）

（宛先）伊勢市長 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。 年 月 日
次のとおり、関係 記 に係る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（ 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 （ ）			
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、申請内容を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。 それぞれ署名をお願いします。				
申請者氏名 夫 妻				
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70% B	Bと50,000円のうち低い方の額（100円未満切捨て）
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計				① 円
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き、その上に申請印を押してください。				
金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 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（先進医療用）
2 医療機関発行の領収書（原本）（先進医療分）
※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。