

美濃市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

美濃市長 様

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

		フリガナ 氏 名	生 年 月 日
対象者	夫		年 月 日 ( 歳)
	妻		年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒 (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 電話	
	※1 夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入	〒	

申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請（助成）にかかる情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

※2 申請者氏名

申請者の配偶者氏名

(自署)

(自署)

< 特定不妊治療費申請額（男性不妊治療費分除く） >

治療費の自己負担相当額 (A) 当該治療費にかかる給付額 (B) 岐阜県からの助成額 (C) 申請額 (A) - (B) - (C)

\_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円  
(ただし上限 10 万円までとする)

< 男性不妊治療費申請額 >

治療費の自己負担相当額 (A) 当該治療費にかかる給付額 (B) 岐阜県からの助成額 (C) 申請額 (A) - (B) - (C)

\_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円  
(ただし、上限 5 万円までとする)

申請額合計 金 \_\_\_\_\_ 円

振込先	金融機関名		口座名義人	種別	口座番号
	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		フリガナ	普通 当座	

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	承認 不承認	年 月 日
---------	-------	-------	-----------	-------

※1 夫と妻の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※2 夫及び妻がそれぞれ署名してください。申請者は、美濃市に住民票がある場合にはどちらでも構いませんが、振込先は申請者名義の口座を記入してください。

注記 太枠の中をご記入ください。

助成決定額 \_\_\_\_\_ 円

添付書類

- 1 特定不妊治療実施証明書（別記様式第2号）
- 2 特定不妊治療(男性不妊治療を含む)、を受けた医療機関発行の領収書の写し
- 3 夫婦の婚姻状況及び住所並びに過去の治療によって出生した子の生年月日が確認出来る書類  
(3については、世帯全員の住民票)
- 4 夫婦の婚姻状況及び住所並びに過去の治療によって出生した子の生年月日が確認できる書類  
(4については、初回申請、事実婚、第2子以降のリセットの場合必要)
- 5 所得が確認できる書類（令和3年4月1日以降の申請は不要）
- 6 事実婚婚姻関係に関する申立書（別記様式第3号）
- 7 岐阜県特定不妊治療認定通知書の写し