

特定不妊治療費助成金交付申請書 兼 同意書

年 月 日

八幡浜市長 様

申請者氏名

八幡浜市不妊治療費助成事業実施要綱第11条の規定により、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。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日			
夫	( )	年	月	日生	( 歳)
妻	( )	年	月	日生	( 歳)
住所(※1)	〒 電話 ( )				
住所(※2)	〒 電話 ( )				
過去に地方自治体から受けた特定不妊治療費の助成について(本市での助成を含む。)	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない				
	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことがある(過去 回、うち男性不妊分 回)				
	助成年度	年度	年度	年度	年度
助成を受けた地方自治体名					
回数	回	回	回	回	回
助成申請額	男性不妊治療分以外 (A)		男性不妊治療分 (B)		申請額合計 (A+B)
	円		円		円
同意書	特定不妊治療費助成金交付申請に係る審査に当たり、市長が税務情報及び住民基本台帳等の閲覧を行うことに同意します。また、必要がある場合は、他の地方自治体へ助成状況を照会及び情報提供することに同意します。  夫氏名 妻氏名				
申請受理年月日	年 月 日	交付・不交付 決定年月日		年 月 日	
受給者番号					

注 太枠の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入してください。

(添付書類)

- 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書又はその写し  
(男性不妊治療を受診した場合は、愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書(男性不妊治療用)又はその写し)
- 特定不妊治療費助成事業承認決定通知書又はその写し(愛媛県発行のもの)
- 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書又はその写し