

第1号様式（第5条関係）

特定不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

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。

	(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 ()
領収金額（※4）	特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く。)	領収金額 _____ 円
	男性不妊治療費	領収金額 _____ 円
愛媛県特定不妊治療費 助成額（※5）		_____ 円

（注）太枠の中を御記入ください。

- ※1 夫婦の住所を記入してください。
- ※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合をいいます。
- ※3 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の領収金額を転記してください。
- ※4 特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の助成額を転記してください。

申請受理年月日	令和 年 月 日	交付・不交付決定年月日	令和 年 月 日
受給者番号			
過去の本市における特定不妊治療費の助成の有無			
今回の通算申請回数			
助成対象額	_____ 円		

（添付書類）

- 1 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 特定不妊治療費助成事業承認決定通知書（愛媛県発行のもの）