

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兼同意書

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。
 申請に係る審査に当たり、必要がある場合は、医療機関・薬局等及び他の地方自治体へ照会及び情報提供することに同意します。
 また、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、補助金の交付決定の取消を受けることを了知しており、返還命令のあった場合には、これに従い交付を受けた補助金を返還いたします。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	() (※自署)	年 月 日 生 (歳)
妻	() (※自署)	年 月 日 生 (歳)
住所(※1)	〒	電話 ()
住所(※2)	〒	電話 ()
領収金額(※3)	特定不妊治療費	領収金額 円
	(男性不妊治療費除く) 男性不妊治療費	領収金額 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 新居浜市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。

申請受理年月日	年 月 日	交付・不交付決定年月日	年 月 日
限度額認定証の交付	なし・あり		
付加給付	なし・あり		
通算申請回数(保険適用後)	回		
助成対象額		特定不妊	円
	円	男性不妊	円

(添付書類)

- 1 新居浜市特定不妊治療費助成事業受診等証明書