

新居浜市特定不妊治療費助成金交付申請書兼同意書

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・保険者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。

保険者には世帯の高額療養費制度の適用となる医療費の窓口支払額や世帯（保険）の最終自己負担額等を照会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 ()
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 今回申請分の治療期間最終日以降、同月の不妊治療(有・無)	
今年度の特定不妊治療費助成申請の有無	有 ・ 無	

(注意事項)

- ※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。
- ※ 医療機関の受診等証明書毎に作成してください。
- ※ 今回申請分の治療期間最終日以降、同月内に不妊治療を受けている場合は、次の治療期間終了後に申請してください。ただし、治療開始から1年以内に御申請ください。

(添付書類)

- 1 治療期間中に夫婦それぞれが被保険者等として加入していた医療保険の資格に係る情報がわかるもの