

新居浜市特定不妊治療（先進医療）費助成事業申請書兼同意書

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（先進医療）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には、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	(歳)
妻	() (※自署)	年 月 日	(歳)
夫の住所	電話 ()		
妻の住所	電話 ()		
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他自治体等において助成を受けていません。		
今年度の特定不妊治療（先進医療）費助成申請の有無	有 ・ 無		
先進医療にかかった自己負担額	円		
申請受理年月日	年 月 日	交付・不交付 決定年月日	年 月 日
交付決定額	円		

<注意事項>

- ・ 太枠の中を記載してください。
- ・ 申請は1回の特定不妊治療（治療ステージAからF）ごとに、終了した日の属する年度の3月末日までに行ってください。