

第1号様式（第7条関係）

阿賀野市特定不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等の公簿の閲覧や納税状況の確認、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

令和 年 月 日

阿賀野市長 様

※太枠内をご記入ください。

夫	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)
	住所	〒		
妻	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)
	住所	〒		
今回の申請回数		今年度 回目 (前回の申請は 年 月に 県・市へ)		
申請者 (夫及び妻が自署)				
氏名 夫 _____ 妻 _____				
申請額 金 _____ 円 自己負担額が 150,000 円を超える場合 申請額は 150,000 円となります。				
振込先	金融機関名			支店名
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

注1) 振込先は、夫婦どちらかの名義の金融機関を記入してください。

注2) 添付書類は、次のとおりとします。

- ①阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書 (領収書添付)
- ②夫婦両方の健康保険の加入状況がわかる書類 (健康保険証の写し等)
- ③その他市長が必要と認めるもの

(以下は記入の必要はありません)

申請受理 年月日		(承認・不承認) 決定年月日		助成金額	
受給者番号			前回の治療期間		
リセット前	回目	リセット後	回目	通算	回目

<市記入欄>

	今回治療期間の初日の 属する年度（ 年度）	左記の前年度（ 年度）	照会日
夫	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	年 月 日
妻	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	年 月 日