

四日市市不妊治療医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

治療年度	第1回	年度
	第2回	年度
	第3回	年度
	第4回	年度
	第5回	年度
	第6回	年度

住所

申請者 氏名

電話番号

次のとおり四日市市不妊治療医療費助成金の交付を受けたいので、四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則第4条の規定により申請します。また、住所要件等の必要事項を調査することを承諾し、他の地方公共団体における特定不妊治療費受給状況について照会すること及び他の地方公共団体に対し四日市市不妊治療費の交付決定情報を必要に応じて提供することを同意します。

氏名		生年月日			
夫		年	月	日	
妻		年	月	日	
・第何子目の妊娠に対しての治療ですか。		第()子目			
・その子の治療に対して何回目の申請ですか。		初回 ・ ()回目			
医療費の内 自己負担額の計	円	助成金の 申請額	円	助成金 交付決定額	円
金融機関名		口座番号		口座名義人(フリガナ) <申請者名義に限る>	
銀行	本店	普通			
金庫	支店				
農協	出張所				

特定不妊治療の場合、以下も記入してください

三重県特定不妊治療費助成 有 ・ 無	有の場合	年 月 日申請	助成額	円
三重県男性不妊治療費助成 有 ・ 無	有の場合	年 月 日申請	助成額	円