

記載例

様式第1号（第5条関係）

多賀城市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

多賀城市長

申請者 住所 多賀城市 中央2-1-1

氏名 多賀城 花子

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。

記

	フリガナ 氏名	生年月日		
夫	カサノウチ 知 多賀城 太郎	S57年 5月 21日 (39歳)		
妻	カサノウチ ハコ 多賀城 花子	S57年 9月 12日 (39歳)		
住所	〒 985-0873 多賀城市 中央2-1-1 TEL 022 (368) 1141 夫・妻			
住所 ※夫婦の住所が異なる場合	〒 TEL () 夫・妻			
本申請前に受けた宮城県の助成に係る申請日及びその助成額並びに当該治療に係る他市区町村からの助成の有無	回数	宮城県への申請日	宮城県からの助成額	他市区町村助成の有無
	1回目	R2年 8月 1日	300,000 円	無・有 ()
	2回目	R3年 4月 2日	300,000 円	無・有 ()
	3回目	年 月 日	円	無・有 ()
	4回目	年 月 日	円	無・有 ()
	5回目	年 月 日	円	無・有 ()
6回目	年 月 日	円	無・有 ()	
治療費	特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）		780,000 円	
	特定不妊治療費（男性不妊治療費分）		0 円	
申請金額	申請金額（男性不妊治療費を除く）	金	100,000 円（5万円又は10万円を限度とする）	
	申請金額（男性不妊治療費分）	金	0 円（10万円を限度とする）	
	申請金額合計	金	100,000 円	
金融機関	銀行名	〇〇 銀行・金庫・農協	多賀城 本店・支店・出張所	
	預金種目	普通・当座	金融機関コード	123
	口座番号	123456		
	フリガナ 口座名義人	カサノウチ ハコ 多賀城 花子	申請者の金融機関を記載してください。	
本申請に当たり、市が宮城県及び他市区町村に申請状況等について確認することに同意します。				
氏名	夫	多賀城 太郎	妻	多賀城 花子

- 添付書類
- 1 宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
 - 2 宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
 - 3 特定不妊治療の領収書の写し
 - 4 夫婦の住所が確認できる書類（3か月以内に発行された個人番号の記載のない住民票等）
 - 5 預金通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が分かるもの）