第１号様式(第４条関係)

回数追加

四日市市特定不妊治療医療費助成金交付申請書
(保険適用終了後の回数追加事業用)

太枠内をご記入ください。

治療年度	第１回	年度	年　月　日
	第２回	年度	住所
	第３回	年度	申請者　氏名
	第４回	年度	(署名又は記名押印)
	第５回	年度	電話番号

次のとおり四日市市特定不妊治療医療費助成金（保険適用終了後の回数追加事業）の交付を受けたいので、四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（保険適用終了後の回数追加事業）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、婚姻要件、年齢要件、その他交付決定にあたり必要な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不妊治療費助成の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特定不妊治療医療費の助成金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

・今回の治療は第何子目に対しての治療ですか。　第（　）子目

・今回の治療までに保険診療で何回、胚移植術を実施しましたか。　（　）回

・PGT－A を含む特定不妊治療費助成事業の助成申請を何回行いましたか。(三重県内の他市町での申請回数も含む)。　（　）回

・今回の保険適用終了後の回数追加事業の助成申請は何回目ですか。(三重県内の他市町での申請回数も含む)。　（　）回目

・今回の治療について、他の助成金を受給しましたか(受給しますか)。※他の地方公共団体の助成金を含む。

□はい　□いいえ

「はい」の場合（助成金の名称：　助成額：　円）

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 金庫　支店 農協　出張所	普通		

併用確認欄	無　不妊治療　PGT-A