南島原市特定不妊治療費助成申請書

年　　月　　日

南島原市長　様

申請者　住所

電話番号

氏名　　㊞

生年月日　　（　　歳）

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、私に対する特定不妊治療費の助成状況について県内の他の市町に確認されることに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">配偶者</td><td colspan="3">氏名</td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2">年　月　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>（配偶者の住所）※１</td><td colspan="5">〒
電話</td></tr>
<tr><td>特定不妊治療の期間※２</td><td colspan="5">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>特定不妊治療に要した費用※３</td><td colspan="3">円―①</td><td>長崎県助成額</td><td>―②</td></tr>
<tr><td>①－②</td><td colspan="3">円―③</td><td rowspan="2">助成申請額※４</td><td rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>③－50,000 円</td><td colspan="3">円―④</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込先
（申請者の口座に限ります。）</td><td>金融機関名</td><td>支店名</td><td>預金種別</td><td>口座番号</td><td>フリガナ
口座名義</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>普通
その他
（　）</td><td></td><td></td></tr>
</table>

※１　配偶者の住所が申請者の住所と異なる場合に記入してください。

※２　添付書類「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の「今回の治療期間」欄の日付を記入してください。

※３　添付書類「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の領収金額を記入してください。

※４　④が 150,000 円以上の場合は 150,000 円、150,000 円未満の場合は④の額を記入してください。（但し、凍結胚(はい)移植(採卵を伴わないもの)等については、④が 75,000 円以上の場合は 75,000 円、75,000 円未満の場合は④の額を記入）

※　　通帳（振込先のわかるもの）を持参してください。

＜添付書類＞

１　長崎県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

２　長崎県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し

３　納税証明書(市税)