

雲仙市特定不妊治療費助成申請書

令和 年 月 日

雲仙市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
(※1) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

雲仙市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、下記とおり申請します。あわせて、次の事項に同意します。

- ・市長が、私及び配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）の特定不妊治療費の助成状況について、他の市区町村に確認すること。
- ・特定不妊治療費助成の審査に際し、市長が、私及び配偶者の住民基本台帳の記載事項並びに所得及び住民税等の課税状況を確認すること。

特定不妊治療の期間 (※2)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
特定不妊治療に要した費用 (※3)	円 - ①		長崎県助成額	円 - ②	
① - ②	円 - ③		助成申請額 (※4)	円	
振込先  〔申請者の口座に 限ります。〕	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ
			普通 その他 ( )		口座名義

※1 申請は、夫婦（事実婚含む）がそれぞれ自署してください。

※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 治療の内容が、以前に凍結した胚による胚移植を実施した場合又は当該治療において採卵したが卵が得られず、若しくは状態の良い卵が得られないために治療を中止した場合は、③が50,000円以上のときは50,000円、50,000円未満のときは③の額を記入してください。

それ以外の治療の内容の場合は、③が100,000円以上のときは100,000円、100,000円未満のときは③の額を記入してください。

<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