

記載例

※函館市民の方は、市外の医療機関で治療を受けた場合でもこちらの様式で提出してください。

特定不妊治療費助成申請書

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。

	(ふりがな) 氏名	生年	年齢は治療開始時の年齢で記入してください。 (申請時の年齢ではありません)
夫	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)	
妻	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)	
住所		電話	
申請者氏名	特定不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 申請者以外の者の氏名	代表者以外の夫または妻	
申請金額	(男性不妊治療分除く) (男性不妊治療分) 合計	金 金 金	円 円 円
平成 年 月 日	申請日を記載		受診等証明書の領収金額と同額を記載してください。
助成の適否を決定するために必要な場合は、函館市以外の地方公共団体に対してこの申請に係る情報を照会し、または提供し、および医療機関に対して治療内容等を照会することについて同意します。			
函館市長様			
振込先金融機関の名称および口座番号等			
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義	
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	ふりがな 口座名義人は、特定不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者と同一の方	
過去の助成の有無	過去に函館市または都道府県、政令市もしくは他の中核市から治療に係る治療を受けたことがありますか。		
・無	・有 回 (自治体名: 助成時期: 平成 年 月)		
	今回の治療が第2子以降の特定不妊治療である場合のみ記入願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に特定不妊治療の対象となった子の氏名を記載してください。 氏名 ()		

(太枠の中をご記入ください)

※2 起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
受給者番号		
受給者番号		

※1は、単身赴任等で住所が異なる場合に記入してください。

※2は、記入しないでください。