

様式第 1 号（第 5 条関係）

不妊不育治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

佐渡市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、円(①+②+③)の助成金の交付を受けたいので、佐渡市
不妊不育治療費助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
過去に助成を受けた年度		年度	年度	年度
本年度の申請		☐ 1 回目 ☐ 2 回目		
不妊不育 治療費	治療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日		
	治療に要した自己負担額	保険適用分	円	保険適用外
	県その他助成団体からの助成、高額医療費、 付加給付等の額			円
	助成対象経費（自己負担額－高額医療費等の額）			円
	申請額（助成対象経費の1/2） ※上限10万円。1,000円未満切り捨て			円 …①
交通費	申請額 （カーフェリー2等又はジェットfoil料金）			円 …②
宿泊費	申請額（7回まで、宿泊費の1/2助成） ※1泊につき上限3,500円			円 …③
振 込 先	金融機関名	銀行・労金 農協・信金・信組	支店名	本店・支店 本所・支所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	()		
添付資料 (1) 不妊・不育治療費助成事業受診等証明書（様式第3号） (2) 医療機関等が発行した領収書 (3) 佐渡汽船の船区分・等級が分かる乗船券または領収書 (4) 宿泊施設が発行する領収書または宿泊料金を支払ったことを証する書類 (5) 県その他助成団体から助成を受けた場合は、助成を受けた額を確認することができる書類				
承諾書 交付要件確認のため、住民基本台帳及び市税等の滞納状況を確認することを承諾します。 また、申請添付書類の、医療機関等が発行した領収書が添付できない場合は、医療機関等へ 不妊不育治療費の支払い状況を佐渡市が確認することを承諾します。 申請者氏名..... 配偶者氏名.....				