

第1号様式（第6条関係）

上越市不妊不育治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり上越市不妊不育治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

申請者	フリガナ氏名				(署名の場合は押印不要)
	生年月日	昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
	住所	〒 -			
	連絡先電話番号	( )			
	加入医療保険 保険者名		受給者氏名		
		被保険者氏名			
不妊不育治療の区分		交付を受けようとする助成金の額			
生殖補助医療（保険適用）及び当該生殖補助医療と組み合わせて行う先進医療		円			
生殖補助医療（保険適用外）、先進医療（生殖補助医療（保険適用）と組み合わせて行う先進医療を除く。）及び一般不妊治療		円			
不育治療		円			
合計		円			
振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	口座名義人 (カタカナで記入)				

添付書類

- 1 不妊不育治療費助成金受診等証明書（第2号様式）
- 2 医療機関が発行した領収書及び診療明細書の写し
- 3 その他市長が必要と認める書類（下記に該当があるときは提出）
  - 高額療養費の払戻し
  - 国又は他の地方公共団体からの助成金