

様式第1号 (第5条関係)

申請書を鳴門市へ提出する
日をご記入ください 年 月 日

(宛先)
鳴門市長

申請者 住 所
氏 名

申請者は鳴門市に住民票を有する夫か妻の氏名を
記入してください (その他の方の代理申請は不可)
※請求書の請求人、口座名義人と同じ氏名としま
す。

鳴門市不妊治療費助成事業申請書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、鳴門市不妊治療費助成事業実施要綱の規定
により次のとおり申請します。

	夫	妻																	
(ふりがな) 対象者氏名																			
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)																	
住 所	〒																		
	※異なる場合のみ記入																		
	電話 ()	電話 ()																	
助成歴	過去に市町村 (本市含む) から助成を受けたことがありますか【ある()回・ない】 出産または妊娠12週以降の死産があり、申請回数の変更の希望はありますか																		
	【ない・ある(出生・死産)】																		
	死産の場合、子の氏名は不要です																		
	<table border="1"> <tr> <td>出生(死産)日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>子の氏名(ふりがな)</td> <td></td> </tr> </table>		出生(死産)日	年 月 日	子の氏名(ふりがな)														
	出生(死産)日	年 月 日																	
子の氏名(ふりがな)																			
(子の出生・死産を確認した場合は、出生日以降の助成歴のみ記入)																			
<table border="1"> <tr> <td>1回目申請時の妻の治療開始年齢</td> <td colspan="5">分かる範囲でご記入ください</td> </tr> <tr> <td>市町村名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請時期</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> </tr> </table>		1回目申請時の妻の治療開始年齢	分かる範囲でご記入ください					市町村名						申請時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
1回目申請時の妻の治療開始年齢	分かる範囲でご記入ください																		
市町村名																			
申請時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月														
申請金額	円	治療回数	回目																
対象治療費	円	県助成額	円																

添付書類 申請金額・治療回数・対象治療費・県助成額は、提出の際、確認後ご記入ください

- 徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書の写し
- 徳島県こうのとり応援事業受診証明書の写し
- 特定不妊治療、男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の写し
- 戸籍謄本の写し (※初回申請の場合)
- 過去に不妊治療費助成事業の助成を受けて出産または死産をした場合 (助成回数の変更の場合)
該当する出生児または死産児の母子健康手帳の「表紙 (保護者氏名が記入されていること)」
及び「出産の状態」のページの写しまたは戸籍謄本の写し
- 夫婦 (事実婚を含む) の一方が鳴門市以外に住民登録している場合は、その住民票の写し
※5.6は、同一年度内2回目以降の申請の際、世帯の状況等に変わりがない場合は省略できます。

申請に伴い必要となる、住民登録の有無、市税、市へ納付すべき保険料及び保育料の滞納の有無に
ついての調査、この助成金の受給状況について鳴門市を含む自治体に確認することに同意します。

(署名) 夫 _____ 妻 _____

押印は不要です