

【記入例】

来庁日

様式第9号（第22条関係）

名張市着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書
年 月 日

名張市長 宛て

関係資料を添えて、着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書を提出します。
名張市長が、この申請の審査に当たって、私（下記の夫及び妻）の氏名、住所、生年月日、電話番号、婚姻状況、
報を確認するために、住民票に記載されている情報を利用し、及び私の過去の不妊治療費に係る助成の受給
状況について他の自治体又は医療機関へ照会することに同意します。

※治療終了日を含め、60日以内に申請

また、名張市長が私に対する交付決定の情報を他の自治体へ提供することについても同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	(なばり たろう 名張 太郎	〇〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳)
妻	(なばり はなこ 名張 花子	〇〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳)
住所 (※1)	〒 518-0492 名張市鴻之台1番町1番地	電話 0595(63) 6970 携帯 090 (9999) 9999
住所 (※2)	〒 夫婦の住所が異なる場合のみ記入	電話 () 携帯 ()
治療・助成回数 (リセットがある場合は リセット後の回数)	・保険適用による特定不妊治療 (△) 回 ・保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加 (△) 回 ・着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成 (△) 回	
以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。 ☒ 体外受精胚移植の不成功、又は流産の既往が2回以上ある。		
申請金額	300,000 円	
受付年月日	受付者	受給者番号
(承認・不承認) 決定年月日	助成額	円

(注) 太枠の中を記入してください。※1：夫の住所を記入。※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入。
(添付書類)

- 着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成事業
受診等証明書 (医療機関の証明)
- 医療機関発行の領収書 (原本)
- その他市長が必要と認める書類

(事実婚の場合)
・夫婦双方の戸籍謄本
・出生した場合の子の認知に関する意向書
・事実婚に関する申立書 (別世帯に属する場合)

下記日付は記入せず、空けておいてください。

名張市着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書
年 月 日

下記の口座名義人と同じ方が請求してください。

請求者 名張 花子 (印)

(下記の口座名義人と同じ方が請求してください。)

交付決定された名張市着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成金を請求しますので、
下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支 店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)						
〇× 銀行 金庫 農協	□× 本店 支店 出張所	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6
ゆうちょ銀行	店 番	預金種目	番 号 (右づめでご記入ください。)						
貯金通帳の見開き下に記載された振 込口座の店番・番号を記入してくだ さい。		普通・当座							
(フリガナ)	ナバリ ハナコ		*必ず記入してください。						
口座名義人	名張 花子		口座名義人はご夫婦どちらでも可						