

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 戸籍、住民票の確認をすること。
- (2) 市税等市の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同様の助成の支給の有無を確認すること。
- (4) 兵庫県特定不妊治療費助成事業交付決定額の内訳を兵庫県に確認すること。

記

	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)
夫 住所 (※1)	〒	(電話 )
妻 住所 (※1)	〒	(電話 )
申請者氏名 _____  申 請 額(※2) (男性不妊治療分除く。) _____ 円 申 請 額(※3) (男性不妊治療分) _____ 円 申 請 額 合 計 _____ 円  年 月 日  <div style="text-align: right;">朝来市長 様</div>		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号		

注1) 太枠の中を御記入ください。

※1: 夫婦それぞれの住所を記入する。

※2: 申請額は1回当たり15万円(県要綱別添図の治療内容C及びFについては、5万円)を限度とする。ただし、兵庫県の特定不妊治療費助成制度を受けていることが前提となる。

※3: 男性不妊治療分は、治療1回につき、10万円を上限とする。

注2) 申請期限、助成要件等がありますので、あらかじめ御確認ください。

(添付書類)

- 1 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2 指定医療機関が発行した領収書の写し
- 3 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)又は兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

