

様式第1号（第8条関係）

特定不妊治療費負担軽減助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市特定不妊治療費負担軽減助成金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。また、助成金の交付が決定したときは、交付決定額の支払を請求します。

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。

記

区分		ふりがな		生年月日		電話番号	
		氏 名					
申請者	夫 ※1			年 月 日 (歳)			
	妻 ※1			年 月 日 (歳)			
	夫 住所	〒 朝来市					
	妻 住所 ※2	〒 朝来市					
申請金額（※3）							
(男性不妊治療費除く。) 円							
(男性不妊治療費) 円							
【兵庫県への申請の有無】							
無 ・ 有 → (年 月：助成額 円)							
☐ 申請する特定不妊治療について、若年がん患者妊孕性温存治療費助成事業制度による助成を受けていない。							
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。							
(申請者本人名義以外の口座には振り込みできません。)							
振込先	金融機関名	銀 行・金庫 信用組合・農協				本店・支店・出張所 本所・支所	
	預金種別	普通・当座					(左詰記入)
	ふりがな						
	口座名義人						
申請受理年月日		年 月 日		(交付・不交付) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

【過去の市からの助成歴】

①市の助成を受けた：前回申請： 年 月 日
(※前回申請以後 年 月 日に出産又は死産)

②今回の申請回数： 回目の申請 (助成制度利用後出産又は死産した場合はそれ以降の申請回数)

注) 太枠の中を記入してください。

※1：自署してください。

※2：妻が夫と異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

※3：助成金の額は、助成対象経費に2分の1を乗じて得た額（その額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、下記の治療内容及び治療区分に応じた限度額とする。

保険適用による治療（先進医療含む。）は、1回当たり10万円（治療区分C及びFについては2万5千円を限度とする。）

保険適用外（先進医療含む。）は、1回当たり15万円（治療区分C及びFについては5万円を限度とする。）

男性不妊治療費については、1回当たり、上限10万円とする。

(添付書類)

(1) 特定不妊治療受診等証明書（令和4年4月以降に係る治療分）（様式第2号）

(2) 領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）

(3) 市内に住所を有する夫婦であることを証明する書類

(4) 兵庫県助成金交付決定通知書の写し

