

様式第1号（第6条関係）

朝来市特定不妊治療サポート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サポート助成金交付要綱第8条の規定により、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、交付決定額の支払いを請求します。

なお、この申請に係る審査のために、市長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		
医療機関名		治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
医療機関までの距離 ※3	片道 km	往復 (1 km未満切捨て) km	通院日数	日
通院交通費基準額 ※3	往復 km × 37 円 × 通院日数 日 × 0.8 = (10 円未満切捨て) 円			
申請金額	医療費分 円、医療費分 (男性不妊治療費) 円			
	通院交通費分 円	合計金額 円		
【兵庫県への申請の有無】 無・有 → (年 月 : 助成額 円) <input type="checkbox"/> 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			
受給者番号		(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日	
【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 (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：治療期間の最終日が令和8年4月1日以降の場合に記入してください。

(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

受付
印