

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

年 月 日

朝来市長 様

申請者氏名

朝来市特定不妊治療費負担軽減助成金交付要綱第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。

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

		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫	()	年 月 日
	妻	()	年 月 日
	夫 住所 (※1)	〒 朝来市 電話 ()	メールアドレス
	妻 住所 (※1)	〒 朝来市 電話 ()	メールアドレス
申請者氏名			
		(夫) _____	(妻) _____
申請額 (※2) (男性不妊治療費除く。) _____ 円			
(男性不妊治療費) _____ 円			
【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 _____ 日に出生又は死産)			
②今回の申請回数： _____ 回目の申請 (助成制度利用後出生又は死産した場合はそれ以降の申請回数)			
【下記の確認事項に☑】			
<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。			
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			

注) 太枠の中を記入してください。

※1：夫婦それぞれに氏名、住所を自書してください。

※2：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) 健康保険証の写し

受付印