

様式第5号（第10条関係）

特定不妊治療費負担軽減助成金請求書

朝来市長 様

年 月 日付け特定不妊治療費負担軽減助成金交付決定通知書により決定を受けた下記金額を請求します。

請求日 年 月 日

	(ふりがな) 氏 名	生年月日					
夫	()	年 月 日					
妻	()	年 月 日					
請求金額	申請額 (男性不妊治療分除く。)	_____ 円 (※1) (※2)					
	申請額 (男性不妊治療分)	_____ 円 (※1) (※2)					
	申請額合計	_____ 円 (※1) (※2)					
請求者	住所	朝来市 _____ 電話番号 (— —)					
	氏名	_____					
<p>上記の助成金については、次の口座に振込を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。</p>							
金融機関名	銀行、信用金庫、信用組合、農協						
支店名	本店、支店、出張所、本所、支所						
種 別	普通 ・ 当座	口座番号					
(ふりがな) 口座名義人名 (受取人)	_____						

※1：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、下記の治療類別及び治療区分に応じた限度額とする。
 ※2：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。）保険適用外の自費診療（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。