

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
を受けた下記金額を請求します。

日にちはあけておいてください

書により決定

請求日 年 月 日

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫	(あさこ たろう) 朝来 太郎	昭和〇年〇月〇日
妻	(あさこ はなこ) 朝来 花子	昭和〇年〇月〇日
請求金額	申請額 (男性不妊治療分除く。)	金額の修正はできません。間違えた場合はすべて再記載となります。 円 (※1) (※2)
	申請額 (男性不妊治療分)	金額がわからない場合は、あけておいてください。 円 (※1) (※2)
	申請額合計	円 (※1) (※2)
請求者 住所	朝来市 和田山町法興寺378番地1	
電話番号	(●●● — ●)	
氏名	朝来 太郎	確認ください：請求者と口座名義人が異なる場合は@が必要です
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。		
金融機関名	健幸 銀行、 <u>信用金庫</u> 、信用組合、農協	
支店名	〇〇〇〇 本店、 <u>支店</u> 、出張所、本所、支所	
種 別	<u>普通</u> 当座	口座番号 ● ● ● ● ● ● ● ●
(ふりがな)	あさこ たろう	
口座名義人名 (受取人)	朝来 太郎	

※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。