

稲美町長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

申請者	夫 (※1)	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生(歳)			
	妻 (※1)	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生(歳)			
	住所 (※2)	〒 (電話番号)				
	住所 (※3)	〒 (電話番号)				
申請額 (※4) 金 円						
前回申請 年 月 日(※前回申請以後 年 月 日に出産または死産) 回目の申請(助成制度利用後出産または死産した場合はそれ以降の申請回数)						
<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及び 他の公費負担医療制度による助成を受けていない。						
振込先 金融機関名	金融機関コード		支店コード		※フリガナも忘れずにご記入ください。	
	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所 () ()			フリガナ		
	普通・当座			口座番号		
住C	(承認・不承認)		年 月 日	助成決定額	円	
住C	決定年月日					

注)太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名が必要です。

※2：夫婦の住所を記入してください。

※3：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。(夫婦の住所が異なる場合とは、町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。)

※4：申請額は、1回あたり5万円(凍結胚移植(採卵を伴わないもの)については2万5千円、採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては2万5千円を限度)、男性不妊治療を行った場合は別途5万円助成します。

兵庫県の特定不妊治療費助成制度を受けている場合は、1回あたり10万円(凍結胚移植(採卵を伴わないもの)及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては5万円)を限度とします。

※5：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

※6：この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。