

様式第1号（第5条関係）

稲美町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

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	印	年 月 日生 (歳)	捨印
	妻 (※1)	(フリガナ) 氏 名	印	年 月 日生 (歳)	
	住 所 (※2)	〒 (Tel)			
	住 所 (※3)	〒 (Tel)			
申 請 額 (※4) 金 _____ 円 通算 _____ 回目の申請 前回申請 _____ 年 月 日					
金融機関コード			支店コード		※フリガナは必ずご記入ください。
振込先 金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()	フリガナ	
				口座名義人 (※5)	
口 座 番 号				(右詰め)	普通・当座
申請受理 年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	助成決定額 _____ 円

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名押印が必要です。別々の印鑑を使用してください。

※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。ただし、兵庫県の特定不妊治療費助成制度を受けていることが前提となります。

※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。

(添付書類)

- 1 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2 稲美町特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)又は兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 指定医療機関が発行した領収書等の写し
- 4 健康保険証等の写し
- 5 稲美町税納付状況確認承諾書(様式第3号)