

様式第1号（第4条関係）

西脇市特定不妊治療費助成金申請書兼請求書

年 月 日

西脇市長 様

下記のとおり治療費の助成金を申請します。なお、この特定不妊治療について、兵庫県以外の地方公共団体に同様の申請をしていません。

記

申請者	夫	フリガナ( ) 氏名 (印)	生年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 住所 電話番号		
	妻	フリガナ( ) 氏名 (印)	生年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 住所 電話番号		
申請額		金 _____ 円 (うち、特定不妊治療費 _____ 円 男性不妊治療費 _____ 円)		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	フリガナ 口座名義人	
	口座番号			

- 1 夫婦両方の自署による記名押印が必要。別々の印鑑を使用すること。
- 2 妻の住所は、夫と住所が異なる場合に記入すること。
- 3 申請額は特定不妊治療及び男性不妊治療に係る費用1回当たりそれぞれ5万円を限度とする。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。
- 4 振込先の口座名義人は申請者のうち、どちらかの個人名義であること。
- 5 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 指定医療機関が発行した領収書の写し又は特定不妊治療受診等証明書

市 担 当 者 記 入 欄	県承認決定通知書 の 写 し	領収書の写し又は 特定不妊治療受診 等 証 明 書	住 所
	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否

( 交 付 ・ 不 交 付 ) 決 定 年 月 日	年 月 日	課 長	主 査 等	担 当