特　定

様式第１号（第５条関係）

# 加古川市特定不妊治療費助成事業申請書

令和　　年　　月　　日

加古川市長　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 | （フリガナ）<br>氏　　名 | 昭和・平成<br>年　　月　　日生（　　歳） |
| | 妻 | （フリガナ）<br>氏　　名 | 昭和・平成<br>年　　月　　日生（　　歳） |
| | 住　所 | 〒<br>（TEL　　） | |
| | 住　所<br>（※１） | 〒<br>（TEL　　） | |

| | |
|---|---|
| 申　請　額 | 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）<br>　　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） | |
| □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。 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>金融機関名 | 銀　行<br>信用金庫<br>農　協<br>（　　） | | | | | 本　店<br>支　店<br>出張所<br>（　　） | | | フリガナ | | |
| | | | | | | | | | 口座名義人<br>（※３） | | |
| 口座番号 | | | | | | | | （右詰め） | 普通・当座 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住Ｃ | | （承認・不承認）<br>決定年月日 | 年　月　日 | 助成決定額 | 円 |
| 住Ｃ | | | | | |

注）太枠の中をご記入ください。

※１：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、市内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。）

※２：申請額は、医療保険が適用され県の助成を受けないものについては、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）、男性不妊治療を行った場合は別途５万円助成します。

医療保険が適用されず県の助成を受けるものについては、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。

※３：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。

※４：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。