

小野市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

小野市長 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。

この申請書の提出により、戸籍情報、住民情報並びに課税情報及び納税情報について、照会・調査されることについて同意します。

本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。

記

| | | | | |
|--|------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| 申請者 | 夫 | フリガナ 氏 名 | 年 月 日生(歳) | |
| | 妻 | フリガナ 氏 名 | 年 月 日生(歳) | |
| | 住所 | 〒 小野市 | TEL | |
| | 住所 (※1) | 〒 小野市 | TEL | |
| 申 請 額 金 _____ 円 (※2) | | | | |
| 前回申請 _____ 年 月 日 (前回申請以後 _____ 年 月 日に出産または妊娠12週以降の死産・流産) _____ 回目の申請 (助成制度利用後出産または死産・流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。(兵庫県の先進医療費助成を除く) | | | | |
| 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 (※3) | () |
| | 口座番号 | | | |

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、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5万円と、自己負担額を比較し、どちらか低い額を助成します。

※3：振込先の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。

(添付書類) 1 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)