

## 三田市特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

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。なお、この申請にかかる要件に関する調査として住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日				
夫	( )		昭和 平成	年	月	日生	(歳)
	( )		昭和 平成	年	月	日生	(歳)
住所(※1)	〒						電話 ( )
申請者 氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が記名押印 ※2)							
治療開始日(※3) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( <input type="checkbox"/> 経過措置対象の場合 <input checked="" type="checkbox"/> )							
申請(請求)額(※4) 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 金 _____ 円							
男性不妊治療費 金 _____ 円							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
三 田 市 長 様							
振 込 先 (※5) (※6)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )			
口座番号		(左詰記入)					
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日			年 月 日	
受給者番号							

注1) 太枠の中をご記入ください。

健康増進課  
受付印

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦両方の記名押印が必要。別々の印鑑を使用すること。

※3: 治療開始日は、兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書において、医師が証明する治療期間の初日とする。

※4: 治療1回につき兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成額(15万円)を控除した額に対し、5万円を上限とする。ただし、平成30年3月31日以前に開始した治療については、経過措置として、兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成額(30万円又は15万円又は7万5千円)を控除した額に対し10万円を上限とする。

※5: 口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義であること。

※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り込みに同意したものとみなす。

注2) 申請期限、助成要件等がございますので、あらかじめご確認下さい。

- (添付書類)
- 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
  - 兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
  - 健康保険証の写し

(令和元年5月1日以降申請用)