

年 月 日

香美町長 様

香美町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

申請にあたり、本申請の審査に必要な範囲で戸籍、住民票等の確認及び医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせを行うことについて

同意します。 同意しません（同意しない場合は、必要書類を添付すること）。

次のとおり特定不妊治療費の助成を受けたく関係書類を添えて申請します。

申請者	夫 （※1）	ふりがな 氏名	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）	
	妻 （※1）		年 月 日生（ 歳）		
	住 所	〒	電話（ ）		
	住 所 （※2）	〒	電話（ ）		
	申請額	特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）		円（※3）	
	男性不妊治療費		円（※4）		
	合 計		円		
添付書類	添付書類に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 香美町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書、診療明細書等の写し（ただし、高額療養費の申請をされた方については、還付された金額の分かる決定通知書） <input type="checkbox"/> 受診者の健康保険を確認できるものの写し <input type="checkbox"/> 事実婚の場合、事実婚関係に関する申立書（別紙）				
振込先	金融機関名	銀行コード	銀行 金庫 農協	支店コード	本店 支店 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				<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                 受付 印             </div>	
備 考					

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名が必要。

※2：夫婦の住所が異なる場合に記入する。（単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。）

※3：申請額は1回当たり15万円を限度とする。

※4：男性不妊治療費の申請額は1回当たり15万円を限度とする。