

様式第1号（第5条関係）

福崎町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

福崎町長 様

次のとおり不妊治療費の補助をうけたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	住所（※1）	電話番号
	住所（※2）	電話番号
	ふりがな 氏 名 (夫) ⑩	生年月日 年 月 日 (歳)
	ふりがな 氏 名 (妻) ⑩	生年月日 年 月 日 (歳)
医療機関	住 所	
	名 称	電話番号
申請金額	金 円	
	前回申請 年 月 (兵庫県での申請 年 月)	
助成金振込先	金融機関名 銀行・農協・金庫・組合	支店名 本店 支店
	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号	(左つめ記入)
※町記入欄	受領年月日 年 月 日	
	決定年月日 年 月 日	承認 不承認 ()
	備 考	

※ 裏面を確認してください。

※注意

- 1 夫婦の住所（※1）を記入してください。
- 2 夫婦の住所が異なる場合は住所（※2）に記入してください。（夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。）
- 3 夫婦両方の記名・押印が必要です。別々の印鑑を使用してください。
- 4 申請額は、1回当たり10万円（県要綱治療内容区分C及びFにあっては5万円）を限度とします。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が前提となります。
- 5 振込口座の名義人については、申請者のうち、夫又は妻のいずれかの個人名義としてください。

（提出書類）

- （1） 福崎町特定不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- （2） 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- （3） 福崎町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
又は兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- （4） 指定医療機関が発行した領収書
- （5） 医療保険被保険者証の写し