

養父市長 様

養父市特定不妊治療費助成事業申請書

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。

申 請 者	夫 (※1)	フリガナ		生年 月日	昭・平	年	月	日生
		氏名			(歳)			
	個人番号(※3)							
者	妻 (※1)	フリガナ		生年 月日	昭・平	年	月	日生
		氏名			(歳)			
	個人番号(※3)							
住 所		〒 (電話)						
申請額(※2)金 _____ 円								
前回申請 年 月 (兵庫県への申請 年 月)								
申請受理 年月日	令和 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日		令和 年 月 日				
受給者番号								
※1：夫婦両方の記名押印が必要。別々の印鑑を使用すること。 ※2：申請額は上限45万円とする。ただし、兵庫県の特定不妊治療費助成額を控除した額とする。 ※3：個人番号は「兵庫県の規定を超えて治療を受けた場合」のみ記入のこと。								

(添付書類)

- 1 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書写し
- 2 指定医療機関が発行した領収書等の写し、もしくは兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書又は養父市特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し