

様式第1号（第4条関係）

野洲市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 様

野洲市不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、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、助成金を請求します。

また、本申請の内容について、市が他の地方公共団体に照会すること及び特定治療支援事業受診等証明書の内容を医療機関に照会することについて承諾します。

記

| | | 夫 | 妻 |
|-------------|------------------|--|-----------------|
| 申 請 者 | ふりがな | | |
| | 氏 名 | (印) | (印) |
| | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 電話 () | |
| | ※夫婦の住所 が異なる場合 | 〒 電話 () | |
| | 申 請 額 | 特定不妊治療費申請金額 (男性不妊治療費を除く。) 円 (上限50,000円) ----- 男性不妊治療費申請金額 円 (上限50,000円) | |
| 申請回数 | 通算 回目 | | |
| 振 込 先 | 金融機関 | 銀行 金庫 農協 | 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 | | |

(注) 助成金の額は、特定不妊治療費（男性不妊治療費除く。）及び男性不妊治療費共に上限50,000円です。ただし、滋賀県不妊に悩む方への特定支援事業実施要綱別表1のC(以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)、F(採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止)に該当する場合は、上限25,000円です。

- (添付書類)1 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
 3 医療機関発行の今回の特定不妊治療における保険外診療分領収書の写し
 4 夫婦それぞれの市税の完納を証する書類