

佐用町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

佐用町長 様

下記のとおり不妊治療費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	住 所		電話番号		
	住 所 <small>(夫婦で住所が異なる場合)</small>		電話番号		
	夫	ふりがな 氏 名	(印)	生年月日	年 月 日 (歳)
				個人番号	
妻	ふりがな 氏 名	(印)	生年月日	年 月 日 (歳)	
			個人番号		
医療機関	所在地				
	名 称		電話番号		
申請金額	金 円		※ 申請額は、1回あたり10万円を限度とします。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。		
前回申請	年 月 (兵庫県での申請 年 月 / 初回申請 年 月)				
振込先	金融機関名		支店名		
	口座名義人カナ	※ 口座名義人については、申請者のうち、夫または妻のいずれかとします。カタカナで記入してください。			
	預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	(左詰めで記入してください)	

【添付書類】 ※ 個人番号を記入することにより、次の書類①、⑤は添付を省くことができます。

- ① 住民票 (続柄が記載されたもの)
- ② 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定書の写し
- ③ 指定医療機関が発行した領収書等の写しまたは特定不妊治療費受診等証明書 (様式第2号)
- ④ 健康保険証の写し (夫、妻)
- ⑤ 町税の納税証明書 (夫、妻それぞれの分が必要です。)

■ 佐用町記入欄

受領年月日	年 月 日	
決定年月日	年 月 日	承認 不承認 ()
備 考		

注意事項

個人番号を記入することにより、【添付書類】の

①住民票

⑤町税の納税証明書

は、省くことができますが、

個人番号と本人確認が必要となりますので、

・個人番号カード

または、

・個人番号通知カードと運転免許証など顔写真付きの身分証明書を
ご持参ください。