特定

受付印

様式第１号(第６条関係)

受給者番号								―		（市記入欄）

明石市長　様

令和　　年　　月　　日

明石市特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

（注）　太枠の中をご記入ください。

		（ ふりがな ） 氏　　名	生　年　月　日
申請者	夫	（　　） ※夫の自署	年　　月　　日（　　歳）
	妻	（　　） ※妻の自署	年　　月　　日（　　歳）
	住所	〒	電話　　（　　）
	住所（※１）	〒	電話　　（　　）

明石市の特定不妊治療費助成事業の申請は、今年度１回目ですか。

はい　・　いいえ　→　（　　）回受けた　　前回申請　　年　　月

今回の申請に関して、他の自治体の特定不妊治療費の助成を受けましたか。

いいえ　・　はい　→　　県・市・町

□　この申請書記載の「他の自治体での助成状況」について、明石市が他の自治体及び健康保険者へ照会することについて同意します。（　チェック欄に✓　）

保険診療	１クールの治療費	自己負担額　　円	申請額　　円
保険外診療（自由診療）	１クールの治療費	自己負担額　　円	申請額　　円
保険外診療（年齢・回数超）	治療費	自己負担額　　円	申請額　　円
男性不妊治療	治療費	自己負担額　　円	申請額　　円

※　保険診療または保険外診療（自由診療）の場合　上限 30,000 円/１クール

※　保険外診療（年齢・回数超）の場合　上限 50,000 円/年

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座名義人カナ氏名（※２）	
	口座番号			（左詰記入）

※１　単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入すること。

※２　口座名義人は、申請者のうちのどちらかの個人名義であること。 この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。

市記入欄	転入日	夫	年　月　日			妻	年　月　日				
	当該年度申請	無　・　有				判定	承認　・　非承認（　　）				
	決定年月日	年　月　日				決定額	円				
	金融機関コード					支店コード			審査	係長	担当	受付