

米原市特定不妊治療費助成申請書兼請求書

|  |   |  |          |                 |                             |                                    |          |          |        |
|--|---|--|----------|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|----------|----------|--------|
| 申請者  |   | 夫  |          |                 |                             | 妻                                  |          |          |        |
|  | (ふりがな)<br>氏名  | ( <b>まいばら たろう</b> )<br><b>米原太郎</b>       |          |                 |                             | ( <b>まいばら はなこ</b> )<br><b>米原花子</b> |          |          |        |
|  | 生年月日  | ●●年●●月●●日生 (●●歳)                         |          |                 |                             | ●●年●●月●●日生 (●●歳)                   |          |          |        |
|  | 住所1 (注2)  | 〒 <b>521-0016</b><br><b>米原市下多良三丁目3番地</b> |          |                 |                             | 電話 ( <b>0749</b> ) <b>5●-●●●●</b>  |          |          |        |
|  | 住所2 (注3)  | 〒  |          |                 |                             | 電話 ( )                             |          |          |        |
| 申請金額   | 特定不妊治療分① (男性不妊治療分を除く) _____ 円<br>(50,000円または25,000円上限) (注4) |  |          |                 | _____ 円<br>(30,000円上限) (注5) |                                    |          |          |        |
| <p>申請金額は、次の範囲内となります。</p> <p>今回の治療方法 (◎証明書に記載)<br/>                 A・B・D・E の場合 ⇒ 上限50,000円<br/>                 C・Fの場合 ⇒ 上限25,000円</p> <p>領収金額 (◎証明書) - ◎決定通知書額 = 申請金額</p> <p>ただし、他医療機関への依頼あり・院外処方ありの場合、領収金額が変わる場合がありますので、領収書原本を提出の上、申請金額を空欄としてください。</p> |   |  |          |                 |                             |                                    |          |          |        |
| <p>つき、関係書類を添えて上記のとおり特定</p> <p>情報の照会および提供を行うこと。</p> <p>2 指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。</p> <p>3 住民 <b>市への提出日</b> する公簿を閲覧すること。</p> <p>令和●●年●●月●●日 <b>夫による署名</b> <b>妻による署名</b></p> <p>申請者氏名 <b>米原太郎</b> <b>米原花子</b><br/>(夫および妻がそれぞれ記名押印)</p>                     |   |  |          |                 |                             |                                    |          |          |        |
| 振込先  | 金融機関名   | ● ● <b>銀行</b>                            |          |                 |                             | 本店 <b>支店</b><br>出張所 代理店            |          |          |        |
|  | 預金種別  | <b>普通・当座</b>                             |          | (ふりがな)<br>口座名義人 |                             | ( <b>まいばら はなこ</b> )<br><b>米原花子</b> |          |          |        |
|  | 口座番号  | <b>1</b>                                 | <b>2</b> | <b>3</b>        | <b>4</b>                    | <b>5</b>                           | <b>6</b> | <b>7</b> | (右詰記入) |

|         |              |
|---------|--------------|
| 申請受理年月日 | (承・不承)認決定年月日 |
| 受給者番号   |              |

- 注意事項 1 太枠の中を記入してください。  
 2 住所1欄は、夫婦の住所を記入してください。  
 3 住所2欄は、単身赴任等で夫または妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。  
 4 1回当たりの助成額の上限は、50,000円とします。ただし、治療内容が「以前に冷凍した胚を解冻して胚移植を実施した場合」または「採卵したが卵が得られない、もしくは状態のよい卵が得られないため中止した場合」の助成額は、1回につき25,000円を上限とします。  
 5 男性不妊治療として、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術の治療費が生じた場合は、1回につき30,000円を上限とします。
- 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 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に他院依頼や院外処方の記載がある場合は、その領収書原本 (証明を受けた医療機関の領収書の添付は不要)

