

申請者		夫			妻		
	(ふりがな) 氏名	()			()		
	生年月日	年 月 日生 (歳)			年 月 日生 (歳)		
	住所1 (注2)	〒			電話 ()		
	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 (50,000円または25,000円上限) (注4)		
	男性不妊治療分②				円 (30,000円上限) (注5)		
	合計 (①+②)				円		
<p>米原市長様</p> <p>米原市特定不妊治療費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて上記のとおり特定不妊治療費の助成を申請（請求）します。</p> <p>また、助成の適正を判断するため、以下の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 米原市が米原市以外の自治体に対して本申請に係る情報の照会および提供を行うこと。 2 指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 3 住民票および市税に関する公簿を閲覧すること。 <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫および妻がそれぞれ記名押印)</p>							
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所 代理店		
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						(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凍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）

