

年 月 日

播磨町長様

播磨町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

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ます。
 なお、助成事業資格確認のため、住民登録状況、町税滞納の有無等を調査することを承諾します。

記

注) ご夫婦それぞれ自筆でご記入ください。

申請者 (※1)	夫	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生 (歳)		
	妻	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生 (歳)		
住所 (※2)	〒 (TEL)				
住所 (※3)	〒 (TEL)				
領収金額 金 _____ 円 申請額 金 _____ 円 通算 _____ 回目の申請 前回申請 _____ 年 _____ 月 (※前回申請以後 _____ 年 _____ 月 _____ 日に出産又は死産)					
振込先 ※4	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名	本店 支店
	口座 名義人	フリガナ		預金 種別	普通 ・ 当座
	口座番号				

(次の項目について、☑をつけてください)

☐ 助成を受けようとする特定不妊治療に要する費用について、兵庫県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業並びに他の地方公共団体及び医療保険各法の保険者独自の助成（兵庫県不妊治療にかかる先進医療費助成金交付要綱の規定に基づく助成は除く。）を受けていません。

※虚偽の申請その他不正の手段により助成金の承認を受けた場合、助成を受けた助成金を返還していただくことがあります。

(注意事項)

※1: 夫婦両方の記名が必要です。

※2: 夫婦の住所を記入してください。

※3: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(夫婦の住所が異なる場合とは、町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。)

※4: 口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

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。