

香美市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

香美市長 様

申請者氏名

香美市不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※5）

ふりがな 夫氏名			年 月 日生（ 歳）	
ふりがな 妻氏名			年 月 日生（ 歳）	
住所（※1）	〒	電話		
住所（※2）	〒	電話		
申請額（※3）	金 _____ 円			
高知県特定不妊治療支援事業の助成の有無	<input type="checkbox"/> 助成なし <input type="checkbox"/> 助成あり 「高知県不妊治療費支援事業承認決定通知書」の通知日（※4） 年 月 日			
※1：夫婦の住所を記入してください。 ※2：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。 ※3：「高知県不妊治療費支援事業」の助成を受けている方は、特定不妊治療に要した費用の額から、「高知県不妊治療費支援事業」の助成を受けた額を控除した額について、香美市不妊治療費助成金交付要綱に定める額を限度として助成します。「高知県不妊治療費支援事業」の助成を受けてない方は、特定不妊治療に要した費用の額から香美市不妊治療費助成金交付要綱に定める額を限度として助成します。 ※4：申請の期限は「高知県不妊治療費支援事業」の助成を受けている方は、「高知県不妊治療費支援事業承認決定通知書」の通知日から起算して60日以内とします。「高知県不妊治療費支援事業」の助成を受けてない方は、治療終了日から6か月以内とします。				

決 裁 欄	課長	課長 補佐	係長	担当	伺 日	年 月 日
					決定事項	助成 ・ 却下
					決定年月日	年 月 日

（裏面に続く）

