

受給者番号

神戸町男性不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

神戸町長 様

関係書類を添えて下記のとおり男性不妊治療費の助成を申請します。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	妻	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒 (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 電話 ()	
申請者氏名 _____ 印		(申請者の配偶者) _____ 印	
(夫及び妻が自署若しくは記名押印)			
申請額 金 _____ 円		(精巣又は精巣上体内精子採取術に直接要した費用で、岐阜県男性不妊治療助成事業の対象となる男性不妊治療に要した費用のうち、岐阜県の助成金額を控除した額で、1回の治療につき5万円を限度とする)	
申請の適正を判断するために必要な場合は、神戸町以外の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。			
		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注1) 太枠の中をご記入ください。

注2) 神戸町特定不妊治療費助成事業の対象治療と合わせて、保険が適用されない精巣又は精巣上体内精子採取法（TESE,MESA等）を実施した場合に助成対象となります。必ず、神戸町特定不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）と併せて、治療の終了した日の属する年度内に申請してください。

(添付書類)

- 神戸町男性不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- 神戸町男性不妊治療費助成金請求書（様式第4号）

助成決定額

円

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する
説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。