

## 姫路市特定不妊治療等に係る先進医療費助成事業申請書

受付印

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療等に係る先進医療費の助成を申請します。  
 また、本申請書裏面記載の「姫路市特定不妊治療等に係る先進医療費助成事業の申請に関する確認書」  
 について、同意します。

記

注) 太枠の中をご記入ください。

申請者	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		S H 年 月 日生 ( 歳)
妻		S H 年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒	電話 ( ) 夫・妻
住所 ( 夫 ・ 妻 )	〒 <small>※夫婦の住所が異なる場合に記入</small>	電話 ( ) 夫・妻
過去に特定不妊治療等に係る先進医療費助成事業の助成金を受けたことがありますか。 [男性不妊治療分除く。] ない・ある → 過去 ( ) 回受けた 前回申請 年 月 [男性不妊治療分] ない・ある → 過去 ( ) 回受けた 前回申請 年 月		
以下に該当する場合はご記入ください(助成回数をリセットする場合は確認できる書類が必要) <input type="checkbox"/> 先進医療費助成制度を利用した出産歴がある → 出生児の氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 先進医療費助成制度を利用した妊娠12週以降の死産歴がある		リ セ ッ ト 説 明 □
申 請 額 (男性不妊治療分除く。)	金	円
申 請 額 (男性不妊治療分)	金	円
申 請 額 合 計	金	円
年 月 日	(宛先) 姫 路 市 長	
振 込 先  <small>(申請者のうち 姫路市内の居 住者を記入)</small>	金融機関名	銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普通 当座  (ふりがな) □座名義人
	□座番号(左詰記入)	

(添付書類)

1. 姫路市特定不妊治療等に係る先進医療受診等証明書
2. 姫路市に居住する夫婦であることを証明する書類

申請受理年月日	
承認 不承認 決定年月日	(No. )
受給者番号	
助成決定金額	特定
	男性

## 姫路市特定不妊治療等に係る先進医療費助成事業の申請に関する確認書

1. 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夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。
2. 助成金の交付決定後、本申請書の記載内容に虚偽があることが判明した場合には、交付決定を取り消され、対象費用を返還いただくことがあります。
3. 複数回の治療を申請する場合、治療期間の終了日が早い順番に受理します。また、すでに申請した治療以前に終了した治療を遡って申請することはできません。