様式第１号

神戸市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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、神戸市が不妊に悩む方への特定治療支援事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

申請者	（フリガナ） 氏名（※1）	生年月日
夫	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
妻	（　　）	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）

□←事実婚の方はこちらにチェックをお願いします（過去に事実婚で助成を受けた方を含む）。

住所	※夫婦の住所を記入する。 〒　　神戸市　　区 電話　（　　）
住所	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入する。 〒　　都道府県 電話　（　　）

□←平成・令和　　年　　月　　日の出産（または死産）による助成回数のリセットを希望します。

過去にこの助成金を何回受けたことがありますか（神戸市外での申請を含めて）

（男性不妊治療分除く）　ない　・　ある　⟶　過去＿＿＿回受けた（リセット後　　回目）

（男性不妊治療分）　ない　・　ある　⟶　過去＿＿＿回受けた（リセット後　　回目）

助成金を受けた自治体は（神戸市）　区　・（他自治体）　県・市（※２）

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

令和　　年　　月　　日　　神戸市長　宛

振込先									
	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所		
	預金種別 （どちらかに○）	普通 当座	（フリガナ） 口座名義人（※３）				（　　）		
	口座番号								（右詰記入）

※１：本申請について申請者両人が合意の上、両人の氏名を記入してご申請ください。
※２：回数リセット前に他都市で受けた助成も含めて記入してください。
※３：申請者のうち神戸市内居住者の口座名義を記入してください。

受理印

※以下は記入しないでください。

適用制度	□リセット（時期：　　年　　月　　日）リセットまで　　回／リセット後　　回目）														
受給者番号							助成決定額								