

不妊検査・一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

安芸高田市長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の助成を申請します。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日					
助成対象者	夫	()	年 月 日 (歳)					
	妻	()	年 月 日 (歳)					
	住所	〒 _____ 電話 ()						
	住所(※1)	〒 _____ 電話 ()						
不妊検査・ 一般不妊治療 期間(※2)	夫	年 月 日から			年 月 日まで			
	妻	年 月 日から			年 月 日まで			
助成申請額		医療機関の証明金額 円(A)		} →	申請額 _____ 円 (千円未満切捨て)			
		広島県助成額 円(B)						
		A - B = _____ 円						
		上限 50,000 円までで、医療機関及び院外処方への領収書のあるものに限ります。						
過去に自治体から受けた不妊検査・一般不妊治療の助成		過去に安芸高田市から不妊治療費(不妊検査・一般不妊検査費)の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある (年 月頃) <input type="checkbox"/> ない 過去に安芸高田市以外の地方自治体から不妊治療費(不妊検査・一般不妊検査費)の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある (自治体名 () 年 月頃) <input type="checkbox"/> ない						
安芸高田市不妊検査・一般不妊治療費助成事業実施要綱第2条の規定により、夫及び妻の市税の納付状況について照会されることを承諾します。(氏名)								
振込先(※3)	金融機関名	農協・信金・信連 店 銀行・信組・労金 所						
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人	()				
	口座番号						(右詰記入)	
申請受理年月日					(承認・不承認) 決定年月日			
受給者番号								

注 太枠の中を記入してください。

※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2: 不妊検査・一般不妊治療期間は、助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載してください。

※3: 振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。