

安芸高田市特定不妊治療費支援申請書

年 月 日

安芸高田市長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり特定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 ()				
助成申請額 (広島県の助成額を控除した額)	特定不妊治療費	申請額 _____ 円		申請額合計		
	男性不妊治療費	申請額 _____ 円		_____ 円		
過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことがある		この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢()歳			
	助成回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
	助成を受けた都道府県(市)	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 安芸高田市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 安芸高田市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 安芸高田市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 安芸高田市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 安芸高田市 <input type="checkbox"/> その他 ()
初めての助成を受けた(受ける)歳の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは6回、40歳以上であるときは通算3回までとする。						
今回の申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目					
安芸高田市特定不妊治療費支援事業実施要綱第3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(※2)	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						

※1：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2：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。