

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) 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領収書のあるものに限りします。 申請額 円 (千円未満切捨て)							
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 ☐ ある (年 月頃) ☐ 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 ☐ ある (自治体名 () 年 月頃) ☐ 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。