

不妊治療支援事業申請書

平成 年 月 日

安芸高田市長 様

申請者氏名 _____ 印

関係書類を添えて、次のとおり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	()	昭和	年	月	日 (歳)																													
	妻	()	平成	年	月	日 (歳)																													
	住所	〒 _____ 電話 ()																																	
	住所(※1)	〒 _____ 電話 ()																																	
助成申請額		_____ 円																																	
過去に自治体から受けた不妊治療費の助成(本県での助成を含む)(※2)		<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(受けた回数 _____ 回) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>助成年度</th> <th>年度</th> <th>年度</th> <th>年度</th> <th>年度</th> <th>年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">助成を受けた 都道府県(市)</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 他県(市)</td> <td><input type="checkbox"/> 他県(市)</td> <td><input type="checkbox"/> 他県(市)</td> <td><input type="checkbox"/> 他県(市)</td> <td><input type="checkbox"/> 他県(市)</td> </tr> <tr> <td>回数</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>初回申請治療開始時の 妻の年齢</td> <td>回</td> <td>回</td> <td>回</td> <td>回</td> <td>回</td> </tr> </tbody> </table>					助成年度	年度	年度	年度	年度	年度	助成を受けた 都道府県(市)	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	回数	()	()	()	()	()	初回申請治療開始時の 妻の年齢	回	回	回	回	回
助成年度	年度	年度	年度	年度	年度																														
助成を受けた 都道府県(市)	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県																														
	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)	<input type="checkbox"/> 他県(市)																														
回数	()	()	()	()	()																														
初回申請治療開始時の 妻の年齢	回	回	回	回	回																														
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) _____ (印)																																			
振込先(※3)	金融機関名	農協・信金・信連 _____ 店所																																	
	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：記入欄が不足する場合は、枠外に記入してください。
 ※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。