

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)<br>氏 名                                                    | 生 年 月 日                        |                                |                                |                                                           |
| 助成対象者                                                                     | 夫      | ( )                                                              | 昭和<br>平成                       | 年 月 日 ( 歳)                     |                                |                                                           |
|                                                                           | 妻      | ( )                                                              | 昭和<br>平成                       | 年 月 日 ( 歳)                     |                                |                                                           |
|                                                                           | 住所     | 〒 _____<br>電話 ( )                                                |                                |                                |                                |                                                           |
|                                                                           | 住所(※1) | 〒 _____<br>電話 ( )                                                |                                |                                |                                |                                                           |
| 助成申請額                                                                     |        | 男性不妊治療分を除く                                                       | 金 _____                        | 円                              |                                |                                                           |
|                                                                           |        | 男性不妊治療分                                                          | 金 _____                        | 円                              |                                |                                                           |
|                                                                           |        | 申請額合計                                                            | 金 _____                        | 円                              |                                |                                                           |
| 過去に自治体から受けた不妊治療費の助成                                                       |        | <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない                       |                                | この助成を初めて受けた(受ける)際の             |                                |                                                           |
|                                                                           |        | <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことがある                       |                                | 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                                                       |
|                                                                           |        | <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"/> 安芸高田市                                   | <input type="checkbox"/> 安芸高田市 | <input type="checkbox"/> 安芸高田市 | <input type="checkbox"/> 安芸高田市 | <input type="checkbox"/> 安芸高田市                            |
|                                                                           |        | <input type="checkbox"/> その他                                     | <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> その他                              |
|                                                                           |        | ( )                                                              | ( )                            | ( )                            | ( )                            | ( )                                                       |
|                                                                           |        | 初めて助成を受けた(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(※2)                                                                   | 金融機関名  | 農協・信金・信連 店 所<br>銀行・信組・労金                                         |                                |                                |                                |                                                           |
|                                                                           | 預金種別   | 普通当座                                                             | (ふりがな)<br>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。