

(第5条関係)

東広島市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

東広島市長 様

申請者氏名 _____

特定不妊治療に係る費用の助成を受けたいので、東広島市特定不妊治療費助成実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、配偶者の続柄、その他住民基本台帳に記載されている事項及び市税の状況について、市の公簿等により確認することに同意します。

		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		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							
		妻	<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				
		夫	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費の助成を受けたことがある						
過去に自治体から受けた不妊治療費の助成		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"/> 他県(市) ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 他県(市) ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 他県(市) ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 他県(市) ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 他県(市) ()	
		初めて助成を受けた(受ける)際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							
振込先(※2)	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		店 所		金融機関コード		店 番	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人						
	口座番号							(左詰記入)	
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日					

注 太枠の中を記入してください。

(※1) 申請者とその配偶者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、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店コード等が記載されているページ)を添付してください。