

別記様式第1号（第7条関係）

東広島市不育症治療費助成申請書

年 月 日

東広島市長 様

申請者氏名 _____

不育症治療に係る費用の助成を受けたいので、東広島市不育症治療費助成実施要綱第7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録されている事項及び市税の納税の状況について、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			
対象者	夫			年 月 日 (歳)			
	妻			年 月 日 (歳)			
	住所	〒		電話 ()			
	住所(※)	〒		電話 ()			
助成対象期間		年 月 日から 年 月 日まで					
申請額		円					
不育症治療に係る他の地方公共団体等の助成（申請の予定がある場合を含む。）の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体名 _____ ）					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 店 組合・農協 所					
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人				
	口座番号						(左詰めで記載してください。)

申請受理年月日		(決定・不承認) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--

注 太枠の中を記載してください。

※ 夫婦の住所が異なる場合に記載してください。

添付書類（(2)～(4)については、省略できる場合があります。）

- (1) 東広島市不育症治療医療機関受診証明書（別記様式第2号）
- (2) 配偶者との続柄（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるときは、その事実）を証する書類
- (3) 住民票その他夫又は妻が不育症治療の開始日以後引き続き本市の区域内に住所を有することを証する書類
- (4) 夫及び妻が市税を滞納していないことを証する書類
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

