

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6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	
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 (医療機関の証明金額)		①特定不妊治療分 金 円 ②男性不妊治療分 金 円 ③申 請 額 合 計 金 円		市記入欄 今回助成額 ① 円 ② 円 ③合計 円	
過 去 の 助 成 歴		1. 過去に広島県またはその他の地方公共団体から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか？ □ない □ある →【R4.3.31 以前に治療開始】過去 () 回受けた 【R4.4.1 以降に治療開始】過去 () 回受けた 2. 1 回目の治療開始時の妻の年齢 () 歳※3 ※出産等により回数がリセットされる場合は、リセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢を記入してください。			
今 回 の 申 請 回 数		通算 () 回目 ※3 に該当する場合のみ：リセット後 () 回目 出産日または死産届出日 (年 月 日)			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座		(ふりがな) 口座名義人※2	
	口座番号			※右詰めで記入	
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。

※3 当該助成を受けた後に出産又は死産の場合は、その後に受ける助成を1回目とします。