

(表)

様式第1号(第6条関係)

大竹市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大竹市長様

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。
なお、交付決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

	(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(※1)	〒 _____ 電話 ()
	住所(※2)	〒 _____ 電話 ()
助成申請額 (広島県の事業に基づく助成の額を控除した額)	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特定不妊治療費の助成(補助)	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある	
	*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	
	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"/> 大竹市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 大竹市 <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(※3)	金融機関名 金融機関コード	銀行・組合 店 金庫・農協 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		

注 裏面の説明書をよく読んだ上で、太枠の中を記入してください。

※1: 夫婦の住所を記入してください。

※2: 夫婦の住所が異なる場合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、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。

(裏)

○以前の受給歴について、広島県や以前にお住まいの自治体に確認を行うことや大竹市の市税の納税状況について確認を行うことに関する説明書

この助成は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦に助成する支給回数に上限が定められています。広島県や以前にお住まいの自治体に、不妊治療費の助成状況を確認することがあります。

また、大竹市の市税の滞納がないことを確認するため、納付状況について確認を行います。御了承ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。