様式第１号（第６条関係）

**大竹市特定不妊治療支援事業申請書兼請求書**

　　年　　月　　日

大　竹　市　長　様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり大竹市特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成決定後は、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） | 〒　７３９－ |
| 　大竹市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　 　（　　　） |
| 住所（※２） | 〒　　　　－ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話　　 　（　　　） |
|  | 特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額（特定不妊治療費）領収金額　　　　　　　　円　－広島県助成額＝　　　　　　　　　　円**（申請額A）**　　　　　　　　　円　※5万円を超える場合は5万円と記入 | **合計申請額****（A+B）**　　　　　　　　　円 |
| 男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額（男性不妊治療費）領収金額　　　　　　　　円－広島県助成額＝　　　　　　　　　　円　　**（申請額B）**　　　　　　　　　円 |
| 過去の助成歴 | １　過去に広島県からこの助成を受けたことがありますか※5万円を超える場合は5万円と記入　　　　特定不妊治療費　　□ない　　　□ある　→　過去（　　　　　）回受けた　　　　男性不妊治療費　　□ない　　　□ある　→　過去（　　　　　）回受けた２　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 |
| 振込先(※3) | 金融機関名金融機関コード | 銀行 ・ 組合　 　　　　　　　店 | 金融機関コード | 店　　番 |
| 金庫 ・ 農協　　 　　　　　 　所 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 普通当座 |  | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座名義人 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （右詰記入） |
| 申請受理年月日 |  | （承認・不承認）決定年月日 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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）

〇大竹市の市税等(固定資産税・都市計画税、軽自動車税、市県民税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料、介護保険料)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、大竹市の市税等(固定資産税・都市計画税、軽自動車税、市県民税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料、介護保険料)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。

夫婦関係に疑義が生じる場合は、申請後においても、助成額を全額返還いただく場合があります。

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。