

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 ()			
助 成 申 請 額		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)				合計申請額 (A+B)	
		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					
		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				円	
		➡ (申請額 B) 円 ※5万円を超える場合は5万円と記入					
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 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	銀行・組合			店	金融機関コード	店 番
	金融機関 コード	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で上で、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)

○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。

