

## 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金額(特定不妊治療費) 証明金額 ( )円 - 広島県の助成決定額 ( )円 = ( )円 (A)			合計申請額 (ア+イ)  _____円
		上限5万と、算出した額(A)を比較して少ない額を記入 ※ 上限5万円(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金額(男性不妊治療費) 証明金額 ( )円 - 広島県の助成決定額 ( )円 = ( )円 (B)			
		上限5万と、算出した額(B)を比較して少ない額を記入 ※ 上限5万円(5万円を超える場合は、5万円と記入)			
過去の助成歴		1 大竹市が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 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			
助成回数をリセットする場合		【出産に回数のリセットされる場合は記入してください】 ▶ 出生した子の氏名 ( ) 生年月日 ( )年 ( )月 ( )日 ▶ 回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 ( )歳			
振込先(※3)	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		店 所	金融機関コード 店 番
	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。