安芸太田町不妊検査・一般不妊治療費助成申請書

年　　月　　日

安芸太田町長　様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （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 | 〒731-安芸太田町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所（※1） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 不妊検査・一般不妊治療期間（※2） | 夫 | 　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで |
| 妻 | 　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 過去の自治体から受けた不妊検査・治療の助成 | □助成をうけたことがない□助成をうけたことがある（受けた回数　　回）　・助成をうけた自治体　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　市・町・村　・助成を受けた金額・助成を受けた時期　　　　　　　　　　　　円　・　　　年　　月 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合・農協　　　　　　　　　　　　　　　店・所 |
| 預金種別 | 普通当座 | （ふりがな）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 安芸太田町不妊治療費等助成事業実施要綱第４条の規定により、納税等の状況について照会されることを承諾します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  | 申請受理年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| （承認・不承認）決定年月日 | 　　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不妊検査・一般不妊治療期間は助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載してください。