安芸太田町不育症検査・治療費助成申請書

年　　月　　日

安芸太田町長　様

申請者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （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（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　 |
| 今回の治療期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　　か　ら　　　　　年　　　月　　　日　 |
| 過去の自治体から受けた不育症検査・治療費の助成（本町での助成を含む） | □不育症検査・治療費の助成をうけたことがない□不育症検査・治療費の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５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 |  |
| （承認・不承認）決定年月日 |  |

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査・治療費の助成を申請します。

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。