安芸太田町特定不妊治療費等助成申請書

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　 |
| 過去の助成歴 | □検査・治療費の助成をうけたことがない□検査・治療費の助成をうけたことがある（助成をうけた自治体、回数、金額、時期）広島県　　　　　　　　　　　　　 （　　 　 回、　　　　円、　　　 年）安芸太田町　　　　　　　　　　　　 （　　 　回、　　　　円、　　　 年）助成をうけた自治体 （　　　　 ） （　　 　回、　　　　円、　　　 年）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 |
| 今回の申請回数 | 通算（　　　）回目　（第　　　子　　　回目） |
| 【出産等により回数がリセットされる場合は記入】・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 | 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6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、次のとおり特定不妊治療費等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。