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

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （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（申請者） | 〒731-安芸太田町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　） |
| 夫婦の住所が異なる場合に記入 | 〒電話（　　　　　　　　　　　） |
| 金額 | ①自己負担額 | 生殖補助医療・先進医療費に係る医療機関の証明書の金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ②広島県助成 | 広島県特定不妊治療支援事業の助成額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ③申請額 | （①―②）×7/10（千円未満切り捨て）上限150,000円 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請回数 | 過去の助成歴 | ・安芸太田町が令和４年度から実施しているこの事業を過去に受けたことがありますか　□ない　□ある　➡　過去（　　　）回受けた・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 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行・金庫・組合・農協　　　　　　　　　　　　　　　店・所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | （フリガナ）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 町記入 | 受給者番号 |  |  |  |  |  | 申請受理年月日 |  |
| （承認・不承認）決定年月日 |  |

安芸太田町不妊治療費等助成事業実施要綱に定められた内容を承諾の上、町が住所及び婚姻関係の調書、医療機関に対する受診内容、並びに納税等の状況について照会を実施することに同意します。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。