

不妊治療費助成申請書

年 月 日

三 次 市 長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

※該当する申請区分に○をしてください

[1 特定不妊治療 2 先進医療]

		(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	〒		電話 ()			
	住所(※1)	〒		電話 ()			
助成申請額		円					
過去に自治体から受けた不妊治療費の助成		1 過去に三次市からこの助成をうけたことがありますか 特定不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 先進医療 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 2 特定不妊治療費助成を始めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 (歳)					
振込先(※3)	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						(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 太枠の中を記入してください。

(※1) 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(※2) 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てください。

助成要件確認のために、夫婦の居住実態や同一世帯の市税等の納付状況について、関係書類の提出及び公簿確認されることについて承諾します。