様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

三　原　市　長　様

（振込口座名義人）

申請者名前　　　　　　　　　　　　　　　　印

三原市不育症治療費補助金交付申請書兼実績報告書

　次のとおり不育症治療費補助金の交付について関係書類を添えて申請します。

　また，審査のために必要な場合は，住民票記載内容について調査されることに同意します。

注）太枠の中を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 |  | （　ふ　り　が　な　）名　　前 | 生年月日　 |
| 夫 | （　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 妻 | （　　　　　　　　　　） | 　年　　月　　日（　　　歳） |
| ※注意　今回の補助対象検査・治療期間の**初日における妻の年齢が43歳未満**であること（治療初日　　 歳） |
| 住所（※１）夫婦の住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 住所（※２）夫婦住所が異なる時 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 自己負担額合計 | 　　　　　　　　　　　　　円　 | ※医療保険適用の有無は問いません。※複数医療機関（又は薬局）を受診した場合，その医療費（調剤費を含む。）を合算した額を記入してください。※交付証明書に領収書が揃っていないときは，領収書で確認できた額を記入してください。 |
| 補助申請額 | 　　　　　　　　　　　　　円　 | ※上限３０万円（千円未満切捨て） |
| 夫婦の所得額（730万円未満であること） | 夫　①　　　　　　　　　　　円　（Ａ－Ｂ）【収入Ａ　　　　　　　　　　　円　　控除額Ｂ　　　　　　　　　　　　円】妻　②　　　　　　　　　　　円　（Ｃ－Ｄ）【収入Ｃ　　　　　　　　　　　円　　控除額Ｄ　　　　　　　　　　　　円】**合計所得額①+②　　　　　　　　　　　　　円** |
| 過去に三原市から受けた不育症治療費の補助 | * 三原市不育症治療費の補助を受けたことがない。
* 三原市不育症治療費の補助を受けたことがある。

　　過去（　　　）回受けた　　前回の申請　（　　　　　年　　　月頃） |

※ 担当者記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | （決定・不決定）年月日 | （　　　）回目の補助決定 |
| ※過去補助決定年月日 |  |  |  |  |