

三原市特定不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

三原市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
(夫又は妻本人が手書した場合は押印不要)

三原市特定不妊治療費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請・報告します。  
また、審査のために必要な場合は、住民票記載内容等について調査されることに同意します。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日																								
補助対象者	夫	( )	年 月 日 ( 歳)																								
	妻	( )	年 月 日 ( 歳)																								
	住所(※1)	〒 _____ ※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)	〒 _____ ※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 ( )																									
補助申請額 (広島県の事業に基づく助成の額を控除した額)		申請額合計 金 _____ 円(①-②) (千円未満切り捨て,上限5万円) 先進医療若しくは審議中の医療に係った総治療費 金 _____ 円① 広島県の助成額 金 _____ 円②																									
令和4年4月1日以降に開始した治療で、自治体から受けた特定不妊治療費の補助(助成)		<input type="checkbox"/> 不妊治療費の補助(助成)を受けたことがない <input type="checkbox"/> 不妊治療費の補助(助成)を受けたことがある <table border="1"> <thead> <tr> <th>補助回数</th> <th>1回目</th> <th>2回目</th> <th>3回目</th> <th>4回目</th> <th>5回目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">補助(助成)を受けた自治体</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 三原市</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> </tr> </tbody> </table> <p>初めて補助(助成)を受けた(受ける)際の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは6回、40歳以上であるときは3回までとする。</p>				補助回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	補助(助成)を受けた自治体	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
補助回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目																						
補助(助成)を受けた自治体	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 広島県																						
	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市	<input type="checkbox"/> 三原市																						
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )																						
今回の申請回数		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目																									

注)太枠の中を記入してください。  
※1:夫婦の住所を記入してください。  
※2:夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※添付書類(担当者チェック欄)

<input type="checkbox"/>	広島県の不妊治療費助成申請に係る証明書の写し
<input type="checkbox"/>	広島県交付の不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	※夫または妻のいずれか一方が三原市に住所を有していない者のみ 住所を確認できる書類(住民票等)
<input type="checkbox"/>	市税等を滞納していないことを確認できる書類(納税証明書等)
<input type="checkbox"/>	医療機関が発行する領収書(写し)
<input type="checkbox"/>	振込先口座の通帳の写し(口座番号・支店コード等が記載してある頁)

※担当者記載欄

申請受理年月日		(交付・不交付) 決定年月日	
受給者番号			