

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

単身赴任等で、夫婦の住所が異なる場合は、申請者は三原市に住所がある方を記入してください。

申請者氏名 三原 太郎 印
(夫又は妻本人が手書き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 (<u>みはら たろう</u>) <u>三原 太郎</u>	昭和 60 年 5 月 3 日 (39 歳)														
	妻 (<u>みはら はなこ</u>) <u>三原 花子</u>	昭和 62 年 8 月 20 日 (35 歳)														
住所(※1)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 <u>三原市〇〇町△△</u>	※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 090														
住所(※2)	〒 <u>〇〇</u> <u>広島</u>	※日中連絡 電話 080														
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 50,000 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 122,342 円① 広島県の助成額 金 50,000 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 checked="" type="checkbox"/> 不妊治療費の補助(助成)を受けたことがある <table border="1"> <tr> <td>補助回数</td> <td>1回目</td> <td>2回目</td> <td>3回目</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>補助(助成)を受けた自治体</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 広島県 <input checked="" type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </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				補助(助成)を受けた自治体	<input checked="" type="checkbox"/> 広島県 <input checked="" type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	申請額は不妊治療費助成申請に係る証明額から広島県助成額を差し引いた金額(上限5万、千円未満切捨)です。
補助回数	1回目	2回目	3回目													
補助(助成)を受けた自治体	<input checked="" type="checkbox"/> 広島県 <input checked="" type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 三原市 <input type="checkbox"/> その他 ()										
今回の申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" 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	