

三原市不妊検査・一般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 印
(夫又は妻本人が手書きした場合は、押印不要です。)

三原市不妊検査・一般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、住民票記載内容及び不妊検査・一般不妊治療内容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
夫	()	年 月 日 (歳)
妻	()	年 月 日 (歳)
住所(※1)	〒	※日中連絡がとりにくい番号を記載してください。 電話 ()
住所(※2)	〒	※日中連絡がとりにくい番号を記載してください。 電話 ()
不妊検査・ 一般不妊 治療期間 (※3)	夫	年 月 日 から 年 月 日まで
	妻	年 月 日 から 年 月 日まで
申 請 額		(計算式)(A)対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る自己負担額合計 (A) 円×1/2 = 円 円 (千円未満切り捨て) 申請額 円 ※上限50,000円以内
過去に自治体から受けた不妊検査・不妊治療の補助(助成)	過去に不妊検査や不妊治療に係る補助(助成)を受けたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 「ある」と答えた方 前回の治療開始日から今回の治療開始日の間に妊娠しましたか <input type="checkbox"/> はい (出産時期(流産・死産含む) 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> いいえ	

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。住所が異なる場合は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※3:不妊検査・一般不妊治療期間は、補助対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載する。

※添付書類(担当者チェック欄)

<input type="checkbox"/>	三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金の交付申請に係る証明書 (夫婦が別の医療機関で検査を受診した場合は、それぞれの医療機関の証明書)
<input type="checkbox"/>	※広島県不妊検査・一般不妊治療費助成事業の助成決定を受けた者のみ <input type="checkbox"/> 広島県不妊検査・一般不妊治療費助成申請に係る証明書の写し <input type="checkbox"/> 広島県交付の不妊検査・一般不妊治療費助成事業助成決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	重婚でないことを証明できる書類(戸籍謄本等)
<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) (夫婦が別の医療機関で検査を実施した場合は、それぞれの医療機関が発行したもの)
<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	