

三原市長 様

申請者氏名



(夫又は妻本人が手書きした場合は、押印不要です。)

三原市特定不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

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、私及び配偶者の住民票、戸籍記載内容、他の地方公共団体における助成の受給状況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)	①・③・④又は②・③・④を記入してください。 ①先進医療にかかった総治療費 金 _____ 円 ②全額自費診療の医療にかかった総治療費の7割 金 _____ 円 (1円未満切捨て) ③広島県の助成額 金 _____ 円 ④申請額 金 _____ 円 (①-③又は②-③) (千円未満切捨て) (①-③の場合上限5万円、②-③の場合上限15万円)		
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。 広島県 () 回、三原市 () 回		
今回の申請	<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 <input type="checkbox"/> 今回の申請の対象とする特定不妊の治療費については、広島県及び三原市以外に補助金は申請していません。 ※補助の回数は、初めて補助を受けた際の治療期間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。		

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"/>	広島県の特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	広島県の特定不妊治療費助成申請に係る証明書の写し
<input type="checkbox"/>	医療機関が発行する領収書の写し
<input type="checkbox"/>	市税を滞納していないことを確認できる書類(滞納のない証明書等)
<input type="checkbox"/>	事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に限る。)
<input type="checkbox"/>	申請遅延に関する申立書(期限内の申請が困難な場合に限る。)
<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)

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日
---------	---------------