

(別記)

様式第1号(第6条関係)

不妊検査費等助成事業申請書兼請求書

年 月 日

竹原市長 様

申請者氏名 _____ ㊞

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の助成を申請し、助成を決定した場合は、次の口座に振り込んでいただくよう請求します。また、当該申請に要する住所、納税等の状況について、関係機関へ照会されることを承諾します。

		(ふりがな) 氏名		生年月日				
助成対象者	夫	()		年 月 日 (歳)				
	妻	()		年 月 日 (歳)				
	住所(※1)	〒		電話 ()				
	住所(※2)	〒						
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				円		申請額は、広島県の不妊検査費等助成事業助成決定通知書の助成額と同額とする。		
振込先	金融機関名			銀行 金庫 組合 農協		店 所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()				
	口座番号							(右詰記入)
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日				
受給者番号								

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。

※3 不妊検査・一般不妊治療期間は、助成対象となる不妊検査・一般不妊治療の開始日から終了日までを記入してください。

(添付書類) 1 広島県の不妊検査費等助成事業助成決定通知書の写し

2 広島県の不妊検査費等助成申請に係る証明書の写し(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)