

(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)	〒							
過去に自治体から 受けた不妊検査・ 一般不妊治療の助成		過去に竹原市から不妊検査費(不妊検査・一般不妊治療費)の助成を受けたことが ☐ ない ☐ ある (年 月頃) 過去に竹原市以外から不妊検査費(不妊検査・一般不妊治療費)の助成を受けたことが ☐ ない ☐ ある (自治体名() 年 月頃)							
広島県の不妊検査費 等助成事業助成決定 を受けた日		年 月 日							
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 店 組合 農協 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。

(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)

(裏)

配偶者の受診歴について配偶者のお住いの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、助成回数は、1組の夫婦につき1回限りと定められています。夫婦で異なる住所を記入された方に係る申請は、申請者の配偶者がお住いの自治体に、不妊検査・一般不妊治療費の助成状況を確認することがありますのでご了承ください。なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。