

(表)

様式第1号(第5条関係)

特定不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

竹原市長 様

申請者氏名 _____ 印

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請し、承諾を受けた場合は、次の口座に振り込んでいただくよう請求します。なお、当該申請に要する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	〒			電話 ()		
	住所(※1)	〒			電話 ()		
助成申請額		円					
過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成の有無 (本市での助成を含む)		1 特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
		2 過去の助成歴を記入してください。					
		助成を受けた自治体	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
			<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他
		6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	
		<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 竹原市 <input type="checkbox"/> その他	
		3 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳					
今回の申請回数		() 回目 ----- 【助成を受けた後出産した場合は記入してください】 第2子以降の特定不妊治療費の助成回数 今回 () 回目					
振込先 (※2)	金融機関名	銀行 金庫 店		金融機関コード*	店番		
		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				(左詰記入)		
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日					
受給者番号							

注 裏面の説明をよく読んだ上で、太枠の中を記入してください。

(※1) 申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。

(※2) 振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店コード等が記載されているページ)を添付してください。

(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、1夫婦に助成する支給回数に上限が定められています。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、特定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。