

江田島市特定不妊治療支援事業申請書 (全額自費診療用)

年 月 日

江田島市長 様

申請者 住所 江田島市
氏名

江田島市特定不妊治療支援事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり特定不妊治療費用の助成を申請します。なお、助成要件の確認のため、住所、婚姻関係及び市税等の状況について、内容を確認することに同意します。

		(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	〒 - 江田島市	電話 ()
	住 所 ※ 夫婦の住所が異なる場合	〒 -	電話 ()
助成申請額	特定不妊治療費	総治療費 _____ 円 (A) 広島県の助成決定額 _____ 円 (B) (A) _____ 円 × 0.7 - (B) _____ 円 = _____ 円 (C) ※1,000円未満切捨て ※上限15万円 (ステージC・Fは5万円)	合計申請額 (C+D) _____ 円
	男性不妊治療費	総治療費 _____ 円 (A) 広島県の助成決定額 _____ 円 (B) (A) _____ 円 × 0.7 - (B) _____ 円 = _____ 円 (D) ※1,000円未満切捨て ※上限15万円	
過去の助成歴	1 江田島市からこの助成を受けたことがありますか。 特定不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 男性不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 2 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	通算 () 回目 (第 子 回目) ※出産等により回数がリセットされる場合は、記入してください。 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先	助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。※申請者名義の口座を記入		
	金融機関名等	銀行 ・ 農協 金庫 ・ 組合	店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	ふりがな 口座名義人		

【添付書類】

- 1 広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し 2 広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書の写し
- 3 広島県特定不妊治療支援事業申請書の写し及びこれに添付した次に掲げるものの写し
(1)医療機関が発行した領収書 (2)住所を確認できる書類 (3)婚姻関係にあることを証明できる書類
- 4 その他市長が必要と認めるもの