

別記

様式第1号（第6条関係）（1）（先進医療）

海田町特定不妊治療支援事業申請書

年 月 日

海田町長 様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり海田町特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、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。

		(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 (申請者)		〒736- 安芸郡海田町 電話 ()			
住所※1 (申請者と別世帯の場合のみ記入)		〒 電話 ()			
助成申請額		特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額（特定不妊治療費）×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 町記入（申請額A） _____ 円 ※千円未満切り捨て ※15万円を超える場合は、15万円と記入 男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額（男性不妊治療費）×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 町記入（申請額B） _____ 円 ※千円未満切り捨て ※15万円を超える場合は、15万円と記入			合計申請額 (A+B) _____ 円
過去の助成歴 ※2		1 海田町が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか □ない □ある 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			
助成回数を リセットする 場合		【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・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 ※3	金融機関名 金融機関コード	銀行・組合 金庫・農協		店 所	金融機関コード 店 番
	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)
町記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回 男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回			
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 _____ 子 _____ 回目) □ 台帳照合済み			

注) 太枠の中を御記入ください。なお、記載された個人情報は町が海田町特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
※1：夫婦の住所が異なる場合（単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合）に記入してください。
※2：過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんのであらかじめ御了承ください。
※3：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・コード等が記入されてい