

(別記)
様式第1号 (第6条関係)

不妊検査・一般不妊治療費助成申請書

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ます。
なお、税の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。

	(ふりがな) 氏名		生年月日				
夫	()		昭和・平成 年 月 日 (歳)				
妻	()		昭和・平成 年 月 日 (歳)				
住所(※1)	〒		電話 ()				
住所(※2)	〒		電話 ()				
不妊検査 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		(計算式) 対象となる不妊検査・ 一般不妊治療費に係る 自己負担額合計 円×1/2=_____円 (千円未満切り捨て)申請額_____円 ※上限50,000円以内				
過去に自治体から受けた不妊検査・不妊治療の助成	過去に海田町から不妊検査費(不妊検査・一般不妊治療費)の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある(年 月頃) <input type="checkbox"/> ない 過去に海田町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 <input type="checkbox"/> ある(自治体名() 年 月頃) <input type="checkbox"/> ない						
海田町長様 年 月 日 申請者氏名_____							
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 ※申請者と同一であること		()		
	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						住定年月日	

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) 単身赴任等により、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3) 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載してください。