

様式第1号

坂町特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

坂 町 長 様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり坂町特定不妊治療費の助成を申請します。
また、申請に係る住所及び婚姻関係や納税状況の調査並びに医療機関に対する受診内容の照会を実施することに同意します。
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	()		(S・H) 年 月 日 (歳)				
	妻	()		(S・H) 年 月 日 (歳)				
	住所*1	〒		電話 ()				
	住所*2	〒		電話 ()				
金 額		① 自己負担額	円 ※様式第2号の領収金額を記入					
		② 広島県の助成額	円 ※広島県の助成額を記入					
		③ 高額療養費制度 の支給額	円					
		④ 助成申請額	(①－(②+③)) 円					
過去の助成歴		1 令和4年4月1日以降に広島県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 ☐ ない ☐ 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 ※3	金融機関名	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)	
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日				
受 給 者 番 号		夫						
		妻						

※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。
※3：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・コード等が記入されているページ）を添付してください。