

福山市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

福山市長様

(振込口座名義人)

申請者名前

印

配偶者名前

印

福山市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、次のとおり特定不妊治療費の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、住所に係る調査並びに必要なに応じた所得、戸籍事項の調査及び以前に住所を有していた自治体での助成金の受給状況に係る調査を実施することに同意します。

助成金の受領に関することは、申請者が行います。

注)太枠の中を記入してください。

	区分	(ふりがな) 名 前	生 年 月 日				
助 成 対 象 者	夫	( )	年 月 日 ( 歳)				
	妻	( )	年 月 日 ( 歳)				
	申請者住所	〒 福山市  電話 ( )					
	配偶者住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)	〒  電話 ( )					
助 成 申 請 額		申 請 額 (男性不妊治療分除く。) _____ 円					
		申 請 額 (男性不妊治療分) _____ 円					
		申 請 額 合 計 _____ 円					
過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成(福山市での助成を含む。)		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがない。 (初めて申請するときは、戸籍謄本を添付してください。) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある (受けた回数 _____ 回)。					
		年 度	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度
		助成を受けた 都道府県(市)	<input type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ( )	<input type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ( )	<input type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ( )	<input type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ( )	<input type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> 他県(市) ( )
		回 数	回	回	回	回	回
		初回申請に係る 治療開始時の妻 の年齢	歳	-	-	-	-
今回の申請回数		通算( )回目					
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日			年 月 日	
受 給 者 番 号							