

福山市一般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

福山市一般不妊治療費助成事業実施要綱の内容を了承の上、同要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて一般不妊治療費の助成を申請します。

なお、住所及び婚姻関係の調査並びに医療機関に対する受診内容の照会について、同意します。

また、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。

申請者	(ふりがな) 名 前	()	生年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 -			
	電話番号	()			
配偶者	(ふりがな) 名 前	()	生年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 -			
	電話番号	()			
自己負担額合計		※ 医療保険適用の有無は問いません。 ※ 複数医療機関(又は薬局)を受診した場合、 ※ その医療費(調剤費を含む。)を合算した額 を記入してください。 _____ 円			
助成申請額		※ 自己負担額の2分の1の額(千円未満の端数が 生じた場合は、これを切り捨てます。) ※ 夫婦1組当たり1年につき2万5千円まで。 _____ 円			
過去に福山市から受けた 一般不妊治療費の助成		<input type="checkbox"/> 福山市一般不妊治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 福山市一般不妊治療費の助成を受けたことがある。 過去 () 回受けた 前回の申請 (年 月)			
受給者番号				受付印欄	