【 記入例 】

< 福山市一般不妊治療費助成申請書 >

様式第1号		一般	
福山市一般不妊治療費助成申請書			
① 2025年4月1日			
福山市長様		(振込口座名義人)	
② 申請者名前		福山 花子	
<p>福山市一般不妊治療費助成事業実・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。</p> <p>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。</p>			
③ 申請者	(ふりがな) 名前	(ふくやま はなこ) 福山 花子	生年 月日 注) 太枠の中を記入してください。 1986年1月1日(39歳)
	住所	〒 720 - 8512 福山市三吉町南二丁目11番22号 すこやかハイツ101	
	電話番号	(084) 123 - 4567	
④ 配偶者	(ふりがな) 名前	(ふくやま たろう) 福山 太郎	生年 月日 1985年1月1日(40歳)
	住所	〒 - 同上	
	電話番号	() - 同上	
自己負担額合計		⑤ ¥ 77,777 円	※ 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。
助成申請額		⑥ ¥ 25,000 円	※ 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。) ※ 天婦1歳当たり1年につき2万6千円まで。
過去に福山市から受けた一般不妊治療費の助成		☒ 福山市一般不妊治療費の助成を受けたことがない。 ☐ 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	

① 提出年月日(郵送の場合は、ポストに投函した日)を記入してください。

② 助成金は申請者に振込みます。
振込先の口座の名義人を記入してください。

③ 申請者の名前、生年月日、住所及び電話番号を記入してください。

④ 配偶者の名前、生年月日、住所及び電話番号を記入してください。

⑤ 医療機関(又は薬局)に支払った自己負担額の合計を記入してください。
複数医療機関(又は薬局)を受診した場合は、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。

⑥ ⑤で記入した自己負担額合計の2分の1の額(助成上限額を超えている場合は、助成上限額)を記入してください。
千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てます。

⑦ 過去に福山市から受けた一般不妊治療費の助成状況を記入してください。