

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、本申請に係る審査のため、住所及び婚姻関係の調査、医療機関に対する受診内容の照会並びに広島県その他の地方公共団体からの一般不妊治療費に係る助成の利用状況に関する調査について、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) | () | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 名前 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話番号 | () | | | |
| 配偶者 | (ふりがな) | () | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 名前 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話番号 | () | | | |
| 自己負担額合計 | | <small>※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。</small> | | | |
| | | 円 | | | |
| 助成対象区分 | <input type="checkbox"/> (1) 治療開始日の妻の年齢が35歳未満(当該助成対象期間の開始時の年齢)かつ広島県不妊検査費等助成を併用できる場合(助成限度額: 2万5千円/年) <small>※広島県不妊検査費等助成の請求が可能であり、申請予定、申請中等の場合</small> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (2) 治療開始日の妻の年齢が35歳未満(当該助成対象期間の開始時の年齢)かつ広島県不妊検査費等助成を併用できない場合(助成限度額: 5万円/年) <small>※過去に申請しており、この度の治療では広島県不妊検査費等助成を請求できない場合</small> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (3) 治療開始日の妻の年齢が35歳以上の場合(助成限度額: 5万円/年) | | | | |
| 助成申請額 | <small>※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。) ※(1)の場合、夫婦1組当たり1年につき2万5千円まで。 ※(2)及び(3)の場合、夫婦1組当たり1年につき5万円まで。</small> | | | | |
| | 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 | | | 受付印欄 | |
| 受給者番号 | | | | | |