**世羅町特定不妊治療助成事業申請書（先進医療）**

　　年　　月　　日

　世羅町長　様

申請者名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、申請に係る納税等の状況について照会されることを承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | (ふりがな)氏 　名 | 生年月日 |
| 助成対象者 | 妻 | (　　　　　　　　　　　　　) | 　 　 　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　(　 　　歳) |
| 夫 | (　　　　　　　　　　　　　) | 　　 　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　(　　 　歳) |
| 住　所 | 〒　　　- 世羅郡世羅町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　 |
| 　住　所　　(※1) | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　 |
| 今回の不妊治療に係る自己負担額 | 円 | 今回の不妊治療にあたり広島県からの助成額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 助成申請額 | 申請額合計　　　 　　　 　　　　円　（上限50,000円）（申請額が上限額に満たない場は実費を記入してください。） |
| 今回の申請回数 | 通算　（　　　　　）回目　　（第　　子　　　回目） |
| 　振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫　　　　　　　　　　　　　　　店組合・農協　　　　　　　　　　　　　　　所 |
| 預金種別 | 普通当座 | （ふりがな）口座名義人 |  |
| 口座番号 | 　 |  |  |  |  |  |  | （左詰記入） |
| 申請受理年月日 | 　 | (承認・不承認)決定年月日 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |

注　**太枠**の中を記入してください。

　(※1)　申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。