**世羅町特定不妊治療助成事業申請書（自費診療）**

　　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 | | 自己負担額の７割の額から広島県の助成額を除した額  **↧**  申請額合計　　　 　　　 　　　　円　（上限300,000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。