

尾道市長 様

## 令和5年度 尾道市一般不妊治療費助成金申請書

関係書類を添えて、次のとおり一般不妊治療の助成を申請します。

なお、担当課が申請に係る住所、婚姻関係及び市税等納付状況について所管課に照会すること並びに治療内容について医療機関に照会することに同意します。

	氏 名	生年月日
申請者	(ふりがな)	年 月 日
		( 歳)
配偶者	(ふりがな)	年 月 日
		( 歳)
住 所	〒 ー 尾道市	
電話番号	( ) ※日中に連絡がつく電話番号を記入してください。	
住 所 (配偶者の住所が異なる場合記入)	〒 ー 電話番号 ( )	
自己負担額 (医療機関証明額又は領収書合計額の少ない方)	円	※医療保険適用の有無は問いません。 ※複数の医療機関及び複数の薬局を受診した場合は「証明書の領収金額」と「薬局の領収金額」を合算した額を記入してください。
助成金申請額	円	※自己負担額の2分の1の額（千円未満切捨て） 上限は50,000円。
過去に尾道市から受けた一般不妊治療費助成事業助成金による助成	<input type="checkbox"/> 尾道市から一般不妊治療費助成事業助成金を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 尾道市から一般不妊治療費助成事業助成金を受けたことがある。 過去 ( ) 回受けた。 前回の申請 ( 年 月)	

## 添付書類

- 領収書等の写し（この申請に係る一般不妊治療の全ての領収書）
- 申請者名義の通帳等の写し（口座名義、口座番号、支店コード等が記載されている部分）
- 法律上の婚姻関係にない場合は、両者の戸籍謄本と住民票