

尾道市特定不妊治療（先進医療等）費助成申請書

令和 年 月 日

尾道市長 様

申請者 住所 尾道市
氏名

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療（先進医療等）費の助成金の支給を申請します。

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	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 - 尾道市 電話 ()	
	住 所 (※)	〒 - 電話 ()	
助成申請額	a : 医療機関の証明金額と領収書合計額の少ない額 b : 広島県の助成額 例 : 証明金額10万円 領収書合計9万円 この場合申請金額は9万円です。		
	特定不妊治療費 (a 円 - b 円) × 1/2 = 円 申請金額 A 円 ※1,000円未満切捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入	合計申請額 (A+B) 円	
	男性不妊治療費 (a 円 - b 円) × 1/2 = 円 申請金額 B 円 ※1,000円未満切捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		
過去の助成歴	1 令和4年4月1日以降に尾道市からこの助成を受けたことがありますか 特定不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 男性不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
今回の申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目		

(※)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。