

尾道市長 様

尾道市不育症治療費助成金申請書

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費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並びに治療内容について関係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)	
※ 注意 今回助成対象検査・治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。				
申請者住所	〒 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)	医療機関の証明金額と領収書合計額の少ない額（文書料は助成対象外なので含みません） 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。			
	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 (1,000円未満切捨て)	※広島県の助成 □ なし：自己負担額×0.7の金額 □ あり：自己負担額×0.7－県助成額の金額 ※上限は、300,000円		
過去に尾道市から受けた不育症治療費助成	□ 尾道市から不育症治療費助成事業助成金を受けたことがない。 □ 尾道市から不育症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
- ☐ 医療機関の証明書
 - ☐ 広島県不育症検査費用助成事業承認通知書の写し（受けた人のみ）
 - ☐ 医療機関・薬局の領収書、明細書の写し（この申請に係る不育症治療の全て）
 - ☐ 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及び申立書