

(宛先)和歌山市長

次のとおり一般不妊治療等に係る助成を申請します。

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---|------|------------|-----|---|------|-----------|----------------|--|
| | | (ふりがな) 氏名 | | 生年月日 | | | | | | |
| 申請者 | () | () | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | |
| 配偶者 | () | () | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | |
| 住所(※1) | 郵便番号 | | | 電話 | () | | | | | |
| 住所(※2) | 郵便番号 | | | 電話 | () | | | | | |
| 1年前の住所(※3) | 郵便番号 | | | | | | | | | |
| 過去1年間に居住した市町村(※4) | | | | | | | | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある→過去()回受けた 助成金を受けた市町村は〔 和歌山市 ・ その他の市町村() 〕 | | | | | | | | | | |
| (子の氏名) | | (子の生年月日) | | | | | | | | |
| 一般不妊治療等に要した本人負担額 | | | | 金 | | | | 円 | | |
| 申請金額 | | | | 金 | | | | 円 | (1年度上限30,000円) | |
| 加入医療保険(夫) | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 【保険者名称】 | | | | | | |
| 加入医療保険(妻) | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 【保険者名称】 | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫・農協 | | | | | | 本店・支店・出張所 | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | |
| | 口座名義人(申請者と同一) | | | | | | | | | |
| 治療開始時期(※5) | | 年 月頃(歳) | | 治療年間費用(※6) | | | 約 万円 | | | |

- ※ 治療を受けた日の属する年度内に申請してください。ただし、当該年度分の治療が1月までである場合は、翌年度の4月末日まで、2月までの場合は5月末日まで、3月までの場合は6月末日までに申請してください。
- ※ 不育症治療については、不育症に対する治療及び検査(不育症検査費助成対象検査は除きます。)が対象となります。
- ※1 申請者の住所を記入してください。
- ※2 配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。なお、住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※3 申請日の1年前の住所を記入してください。
- ※4 ※3以降に居住した市町村名を記入してください。
- <以下の2項目(※5・※6)については、不妊治療及び不育症治療対策の基礎データとし、今後の本事業の充実に役立てたいと考えております。御協力いただける方は御記入いただきますようお願いいたします。>
- ※5 今回の申請にかかわらず、あなたが不妊治療又は不育症治療を開始した時期を記入してください。
- ※6 直近の1年間に一般不妊治療等に要した費用の額を記入してください。

同意欄

- 1 本申請の審査に必要な範囲で、出産状況等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に当たり、以前在住していた市町村及び都道府県の助成の有無の確認を行うことに同意します。

申請者氏名

配偶者氏名

(申請者及び配偶者が自署し、又は記名押印してください。)