

不妊検査費等助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日				
夫	()		昭和・平成	年	月	日(歳)	
妻	()		昭和・平成	年	月	日(歳)	
住所	〒 広島県		※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 ()				
通知等送付先(※1)	〒		※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 ()				
不妊検査・ 一般不妊 治療期間 (※2)	夫	年 月 日 から		年 月 日まで			
	妻	年 月 日 から		年 月 日まで			
申 請 額	計 算 式	医療機関の証明金額合計(様式第2号参照) × 1/2 (証明額) _____ 円 × 1/2 = _____ 円(A)			A+B= _____ 円(千円未満切捨て)		
		院外処方※の領収金額合計 × 1/2 (領収額) _____ 円 × 1/2 = _____ 円(B) (※院外処方がない, または領収書がない場合は空欄)			上限50,000円と比べて, いずれか小さい額が申請額になります ↓ 申請額 _____ 円		
過去に自治体から 受けた不妊検査・ 不妊治療の助成	過去に広島県から不妊検査費(不妊検査・一般不妊治療費)の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある (年 月頃) <input type="checkbox"/> ない 過去に広島県以外の自治体から不妊検査や不妊治療に係る助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある (自治体名() 年 月頃) <input type="checkbox"/> ない						
広島県知事 様 年 月 日 申請者氏名 _____ (振込先の口座名義人(県内在住)が記名)							
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協			店 所	金融機関コード	店 番
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人				
	口座番号						(右詰記入)

注) 太枠の中をご記入ください。

※1 住民票記載の住所と異なる宛先へ通知を希望する場合のみ記載してください。(原則住民票記載の住所へ郵送します。)

※2 助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載してください。

(添付書類)	<input type="checkbox"/>	不妊検査費等助成申請に係る証明書 (夫婦が別の医療機関で受診した場合は, それぞれの医療機関の証明書)
	<input type="checkbox"/>	婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等, 事実婚の場合は申立書が必要)
	<input type="checkbox"/>	広島県内の住所を確認できる住民票(申請日の3か月以内に発行された原本)
	<input type="checkbox"/>	振込先口座の通帳写し(口座番号・支店コード等が記載してある頁)
	<input type="checkbox"/>	(院外処方がある場合のみ) 院外薬局が発行する領収書の写し(レシート不可)