

常滑市妊活応援金給付申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

常滑市長様

ご夫婦のうち、常滑市に住所のある方を申請者にしてください。交付決定の助成金は申請者名義の口座へ振込みます

申請者住所 常滑市〇〇町〇丁目〇-〇

氏名 常滑花子

電話 0569-〇〇-〇〇〇〇

常滑市妊活応援金給付事業実施要綱第6条第1項の規定により関係書類を添えて、下記のとおり妊活応援金の給付を申請・請求します。

なお、応援金の給付が決定された場合には、下記

今回の申請が何回目か〇をつけてください。

※太枠内を記入してください。

|       |        |                                            |              |                       |                 |        |          |        |
|-------|--------|--------------------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------|--------|----------|--------|
| 申請回数  | 一般不妊治療 | 1・ <b>2</b> ・3・4・5回目                       |              |                       |                 |        |          |        |
|       | 特定不妊治療 | (年度) 1・2・3・4・5・6回目                         |              |                       |                 |        |          |        |
| 対象者   | 住所     |                                            | (フリガナ) 氏名    |                       | 生年月日            |        |          |        |
|       | 夫      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | (トコナメ タロウ)   |                       | <b>昭和</b><br>平成 | 〇年〇月〇日 |          |        |
|       |        | 常滑 太郎                                      |              |                       |                 |        |          |        |
|       | 妻      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | (トコナメ ハナコ)   |                       | <b>昭和</b><br>平成 | 〇年〇月〇日 |          |        |
| 常滑 花子 |        |                                            |              |                       |                 |        |          |        |
| 本籍地   |        | 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇                            |              |                       |                 |        |          |        |
| 振込先   | 金融機関名  | 〇〇                                         |              | <b>銀行</b><br>金庫<br>農協 | 〇〇              |        | 本店<br>支店 |        |
|       | 預金種別   | <b>普通</b>                                  | (フリガナ) 口座名義人 |                       | (トコナメ ハナコ)      |        |          |        |
|       |        | 当座                                         | (申請人と同一)     |                       | 常滑 花子           |        |          |        |
| 口座番号  |        | 〇                                          | 〇            | 〇                     | 〇               | 〇      | 〇        | (左詰記入) |
| 申請額   |        | 50,000 円                                   |              |                       |                 |        |          |        |

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 申請受理年月日           | 年 月 日 |
| (給付・不給付)<br>決定年月日 | 年 月 日 |

「あり」の場合はできるだけ詳しくご記入ください。

以下の質問にもお答えください。

【一般不妊治療 申請の方】

- 過去に常滑市または他自治体で同種（一般不妊治療）の助成申請をしたことがありますか。 **あり** なし
- 助成を受けたことがある方→助成を受けた自治体名（ 常滑市 ） 助成を受けた時期・回数（ 令和〇年度、1回 ）

【特定不妊治療 申請の方】

- 今年度に他自治体で同種（特定不妊治療）の助成申請をしたことがありますか。（あり・なし）
- 助成を受けたことがある方→助成を受けた自治体名（ ） 助成を受けた時期・回数（ ）