

北斗市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

北斗市長 様

北斗市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな 氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
妻	ふりがな 氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話			
(注1) 住 所	〒 電話 <small>(注1)夫婦の住所が異なる場合に記入してください。</small>			
申 請 額	1. 一般不妊治療費のうち自己負担額 円 2. 特定不妊治療費のうち自己負担額 円 (1) 北海道不妊治療費助成金等 円 *特定不妊治療費の助成対象経費: (2-(1)) 円			

振込先金融機関の名称及び口座番号等

振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	(ふりがな:)

不妊治療費助成事業の申請をするに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村やかかりつけ医に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。

氏名 (夫) _____ 氏名 (妻) _____

※ 以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	収受印	<input type="checkbox"/> 新規 (一般不妊治療のみ) <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請: 年 月・妻の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 夫及び妻の所得税 <input type="checkbox"/> 北海道知事の助成決定 <input type="checkbox"/> 他市町村での助成
		