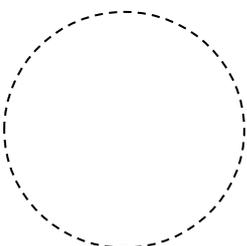


北斗市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

北斗市長 様

北斗市不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり不育症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。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	()	昭和・平成 年 月 日生(歳)
妻	()	昭和・平成 年 月 日生(歳)
住所	〒	電話 ()
(注1)住所	〒 (注1)夫婦の住所が異なる場合に記入してください。	電話 ()
申請額	_____円	1. 不育症治療・検査費のうち、自己負担額 _____円 2. 北海道不育症治療費助成金等 _____円 * 不育症医療費の助成対象経費:(1-2) _____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	普通 (ふりがな:)
金庫	支店	
農協	出張所	当座
不育症治療費助成事業の申請をするにあたり、市が助成の適否を決定するために、住民基本情報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、また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 <input type="checkbox"/> 継続(回目・初回申請: 年 月 日・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"/> 北海道知事の助成決定 <input type="checkbox"/> 他市町村での助成