

別記様式第1号（第5条関係）

名寄市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

名寄市長 様

申請者 住所
氏名

名寄市特定不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻		
(フリガナ) 氏名				
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)		
住所	〒 電話番号	※夫と同じ場合は省略できます。 〒 電話番号		
過去に名寄市又は他の市区町村で特定不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒過去 (回) 受けたことがある。 助成を受けた市区町村名 ()				
申請額	助成対象経費 (A) (男性不妊治療費を除く) 円	北海道特定不妊治療費助成額 (B) 円	自己負担額 (C) ((A)-(B)) 円	申請額 (上限額あり) 円
	(男性不妊治療分) 円	円	円	円

※申請額欄の (A) 及び (B) には、北海道特定不妊治療費助成事業の決定指令書に記載されている「助成対象経費」及び「助成金の額」をそれぞれ記入してください。

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店・支店 本所・支所 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 ※申請者と同一			

※振込口座に係る預金通帳又は写し（金融機関名、口座名義人及び口座番号のわかるもの）を添付願います。

私たちは、名寄市特定不妊治療費助成金の申請にあたり、名寄市が助成金の交付を決定するために、住民基本台帳、市税の納付状況等の確認を行うことに同意します。

年 月 日

(夫) 氏名 _____ (妻) 氏名 _____

※上記同意ができない場合には、住民票、市税の納税証明書等の関係資料の提出が必要となります。

※名寄市記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			