

砂川市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住所

氏名

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり特定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 (歳)
妻	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 _____			
住所 ※1 (夫・妻)	〒 _____ 電話 _____ ※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。			
過去に都道府県又は他の市町村の助成を受けたことがありますか。 ・ない ・ある→過去 () 回受けた 助成を受けた都道府県等名 () 今回の治療が第2子以降の特定不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に特定不妊治療の助成対象となった子の氏名を記載してください。氏名 ()				
申 請 額	a 特定不妊治療費用 (男性不妊治療分を除く。)	b 北海道の助成決定額	c 助成対象治療費 (a-b)	
	円	円	円	
	d 男性不妊治療分	e 北海道の助成決定額	f 助成対象治療費 (d-e)	
	円	円	円	
	申請金額 (男性不妊治療分を除く。)	金 _____	円	
	申請金額 (男性不妊治療分)	金 _____	円	
	申請金額 合 計	金 _____	円	
特定不妊治療費助成金の交付を申請するに当たり、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	申請者の状況等の確認 <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 (有・無) <input type="checkbox"/> 市税滞納 (有・無) 確認印	<input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 助成不可
------------------	-----	---	--