

深川市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

深川市長 様

住 所
申請者氏名

印

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 氏名	(夫)	(妻)		
生年月日	年 月 日生 () 歳	年 月 日生 () 歳		
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は省略できます。		
申請額	(A) 特定不妊治療費用	円	(B) 北海道の助成決定額	円
	※ (A) - (B) の差引額	円	(C) 差引額の1割 ◎小数点第1位まで記入	円
	※ - (C) の差引額 ◎小数点第1位まで記入	円	申請額 ◎円未満を切り捨てて記入	円

※男性不妊治療を実施した場合

申請額	(A) 男性不妊治療費用	円	(B) 北海道の助成決定額	円
	※ (A) - (B) の差引額	円	(C) 差引額の1割 ◎小数点第1位まで記入	円
	※ - (C) の差引額 ◎小数点第1位まで記入	円	申請額 ◎円未満を切り捨てて記入	円

- (注) 1. 申請額は差引額の9割で限度は15万円です。
2. 申請額は円未満を切り捨てて記入ください。

申請にあたり、必要に応じ、住民基本情報などの個人情報 を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体 に情報の照会、提供することについて同意します。	氏名 (夫) _____ 印 氏名 (妻) _____ 印
--	----------------------------------

(注) 夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください。

振 込 先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号					
	口座名義人 (カタカナ)		普通預金 当座預金 その他						

- (注) 1. 申請するときは、北海道特定不妊治療費助成事業決定指令書と受診等証明書の写しを添付してください。
2. 申請者と口座名義人は原則同一人物としてください。

(深川市記入欄)

課長	課長補佐	係長	主査	係

本件支給決定し別紙のとおり通知してよろしいか伺います。

年 月 日