

深川市一般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、次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

	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		〒 電話番号 ※夫と同じ場合は省略できます。	
申請額	(A) 一般不妊治療費用 (保険適用)	円	(C) 助成割合 1/2	円
	(B) 一般不妊治療費用 (保険適用外)	円	(D) 助成割合 9/10	円
	文書料	円	申請額 ◎円未満を切り捨てて記入	円

(注) 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、課税状況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					
			普通預金 当座預金 その他						
	口座名義人 (カタカナ)								

- (注) 1. 申請するときは、受診等証明書、領収書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