

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	特定不妊治療費用	円	自己負担額 (保険適用分)	円
	文書料	円	申請額	円

※男性不妊治療を実施した場合

申請額	男性不妊治療費用	円	自己負担額 (保険適用分)	円
	文書料	円	申請額	円

(注) 自己負担額には保険診療外による治療費を含めることはできません。また、自己負担額には健康保険等による給付の額を除いた額を記載してください。

- 【添付書類】 1. 深川市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
2. 特定不妊治療を実施した医療機関が発行する領収書の写し

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) 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	主幹	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