

室蘭市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 室蘭市長

住所
申請者
氏名

印

室蘭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	〒 電話番号 夫と同じ場合は省略できます。

過去に室蘭市又は他の市区町村で特定不妊治療費に対する助成金を受けたことがありますか。
 ない 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)	北海道特定不妊治療費助成額(B)	自己負担額(C) (A) - (B)	申請額
	男性不妊治療分を除く			5万円まで
	円	円	円	円
	男性不妊治療分			5万円まで
	円	円	円	円
	合計			
	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文や通知文に記載されている「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。

助成金振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店 支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号 (右づめ)	
	フリガナ			
	口座名義人	口座名義人は申請者と同一の者としてください。		

私たちは、室蘭市特定不妊治療費助成金の申請にあたり、室蘭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。

また必要に応じ、他の市区町村や総合振興局に対し、この申請に関係する情報の照会、又は提供を行うことに同意します。

(夫) 氏名 印 (妻) 氏名 印

ご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。

添付書類(同一年度での2回目以降の申請にあたって、振込口座に変更がない場合は、 の添付を省略できます。)

北海道特定不妊治療費助成事業の決定指令文及び受診等証明書の写し

助成金振込口座の預金通帳の写し(金融機関名、口座名義人及び口座番号の分かるもの)