

特定不妊治療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

苫小牧市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

苫小牧市特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり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申請します。

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------|----------------|
| | (フリガナ) 氏 名 | 生 年 月 日 | |
| 夫 | | 昭和 ・ 平成 | 年 月 日生(歳) |
| 妻 | | 昭和 ・ 平成 | 年 月 日生(歳) |
| 配偶者住所 | 〔申請者の住所と配偶者の住所が異なる場合に記入してください〕 | | |
| 道事業で認定した助成対象経費(A) ※男性不妊治療分除く | 道事業による助成決定額(B) | (A)-(B)の額 | 苫小牧市による助成の額(C) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 道事業で認定した助成対象経費(D) ※男性不妊治療分 | 道事業による助成決定額(E) | (D)-(E)の額 | 苫小牧市による助成の額(F) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 合計助成額(C)+(F) | 円 |

過去に苫小牧市又は他の市町村で特定不妊治療費に関する助成金をう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)⇒ 助成を受けた市町村名()

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)

特定不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、苫小牧市が助成の適否を決定するために次の1及び2を行うことについて同意します。

- 1 住民基本情報、市税の納付状況等の確認を行うこと。
- 2 必要に応じて、北海道及び他の市町村に対し、この申請に関係する情報を照会し、又は提供すること。

申請者自署

〔添付書類〕

- * 北海道知事からの助成の決定を受けた通知書及び指令書の写し
- * 北海道知事に申請する際に添付した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

下記のとおり口座振込による支払を依頼します。

| | | | | |
|---------|-------|---------|------|------|
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | 銀行・金庫 | | 本・支店 |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義人 | (フリガナ) | | |

(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"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(回目・初回申請:平成 年 月) <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"/> 市税等の納付 <input type="checkbox"/> 他市町村の助成 <input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 助成不可 |
|------------------|-------|---|