

不育症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

苫小牧市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり不育症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〕		
道等事業で認定した助成対象経費 (A)	道等事業による助成決定額 (B)	(A) - (B) の額	交付申請額 ※(A)-(B)の額 50,000円を超える場合は50,000円 が交付申請額
円	円	円	円
苫小牧市による助成の額 ※市記入			円

過去に苫小牧市又は他の市町村で不育症治療費に関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)⇒ 助成を受けた市町村名( )  
 今回の治療が第2子以降の不育症治療である場合のみ記載してください。  
 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不育症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 )

同意書

不育症治療費助成金の交付を申請するに当たり、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の写し及び指令文の写し
- \* 北海道知事に申請する際に添付した不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

(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 <input type="checkbox"/> 「 」欄 記載誤りにより市確認済