

特定不妊治療費助成金申請書

年 月 日

申請先 標茶町長

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号 ー

標茶町特定不妊治療費の助成に関する規則第5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。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫		昭和・平成 年 月 日
妻		昭和・平成 年 月 日
配偶者住所・電話番号	(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) 電話番号 ー	
申請額	(男性不妊治療分除く) _____ 円 (男性不妊治療分) _____ 円 合 計 _____ 円 (添付書類) 1. 北海道知事からの助成の決定を受けた通知書の写し 2. 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	
過去に標茶町又は他の市町村で特定不妊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 ( )		
特定不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、標茶町が助成の適否を決定するために、住民基本情報及び町税の納付状況の確認、必要に応じて他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会又は提供することについて承諾します。  申請者自署 _____ ⑩ 配偶者自署 _____ ⑩		
また、適正と判断された場合は、下記口座に振り込むよう依頼します。		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店 農協 支店
	口座種別	普通・当座 口座番号 _____ (ふりがな) 口座名義人名 _____