

富良野市不育症治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

富良野市長 様

住所

申請者

氏名

(印)

関係書類を添えて、下記のとおり、不育症治療費の助成について申請及び請求します。
 なお、申請者と口座名義人が違う場合は、下記口座名義人に助成金受領の権限を委任します。

	夫	妻		
(ふりがな)				
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。		
申請額	①不育症検査費	円	②不育症治療費	円
	③検査・治療費計 (①+②)	円	④北海道不育症治療 費助成額	円
	⑤自己負担額 (③-④)	円	助成申請額	円

※助成申請額の限度額は、自己負担額分10万円です。
 ※助成申請額は、⑤と助成限度額のどちらか低い方の額を記入してください。

申請にあたり、必要に応じ、住民基本台帳などの個人情報を閲覧し確認することに同意します。 また、助成の適正を測るために必要な場合は、他の自治体に情報を照会、提供することについて同意します。	氏名 (夫) (印) 氏名 (妻) (印)
--	--

※ご夫婦両名の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください。

振込指定口座	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 本店 支店 出張所							
	預金種別 (いずれかに○)	普通・当座	口座番号						
	口座名義人 (カナ)								
	口座名義人 (漢字)								

※添付書類：北海道不育症治療費助成事業決定指令文及び不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

市処理欄 (以下の欄は記入しないでください)

申請書受理日	年 月 日
審査結果	助成決定・申請却下
助成決定日	年 月 日
助成決定額	円

審査担当者