

芦別市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

芦別市長 様

申請者名 (夫) 印
(妻) 印

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請の種類		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療	
夫	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
妻	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所		〒 _____ 電話 ()	
住 所 ※ (夫・妻)		〒 _____ ※夫婦で住所が異なる場合のみ記入してください 電話 ()	
申 請 額		合 計 円	

(特定不妊治療分)		a. 対象治療に要した自己負担額	円
		b. 北海道不妊治療費助成金等	円
		c. 助成対象不妊治療費 (a-b)	円

(男性不妊治療分)		a. 対象治療に要した自己負担額	円
		b. 北海道不妊治療費助成金等	円
		c. 助成対象不妊治療費 (a-b)	円

同 意 書			
<p>わたしたちは、特定不妊治療費助成金の交付を申請するに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を見直し確認することを承諾します。また、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し、又は提供することについて同意します。</p>			
(夫) 氏名 _____		印 _____	
(妻) 氏名 _____		印 _____	
注) 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]

- ・北海道特定不妊治療費助成事業の助成決定通知書（指令書）の原本
- ・北海道特定不妊治療費助成事業の申請を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
- ・治療及び調剤に係る領収書（指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む）