

様式第1号（第7条第1項関係）

赤平市一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

赤 平 市 長 様

申請者

住 所

氏 名

㊟

（口座名義人と同一の方が、自署・押印）

関係書類を添えて、次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 氏 名	(夫)	(妻)	
生年月日	年 月 日生	年 月 日生	
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は記入不用	
今年度中道内他市町村から受けた一般不妊治療費助成額	無 ・ 有 (B) _____ 円		
一般不妊治療開始年月（当事業の助成対象となった治療）	年 月	今回の助成年度	第1年度・第2年度・第3年度 第4年度・第5年度・第6年度
(A)一般不妊治療費用	円	(C)今年度中赤平市から受けた一般不妊治療費助成額	円

申請するに当たり、必要に応じ、住民基本情報などの個人情報 を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体に 情報の照会、提供することについて同意します。	氏名(夫) _____ ㊟ 氏名(妻) _____ ㊟
--	--------------------------------

※夫婦両方の記名押印が必要です。

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	支店 出張所 本店	種目 普通預金 当座預金 その他	口座番号				
	口座名義人（カタカナ）							

申請時添付書類

- 一般不妊治療医療機関受診等証明書（様式第2号）
- 住民票謄本（記載事項(個人番号を除く)の省略していないもの(発行日から3ヶ月以内のもの)
- 戸籍謄本（(発行日から3ヶ月以内のもの)住民票謄本により戸籍上の夫婦であることが証明される場合は不要）
- 医療機関等が発行した一般不妊治療に要した費用に係る領収書及び明細書
- 一般不妊治療の一環として主治医の指示に基づき他の医療機関で検査及び治療を受けた場合は、その医療機関が発行した領収書及び明細書

※以下赤平市記入欄ア 一般不妊治療費用	イ 上限額	ア. イどちらか少ない 額	決定額
(A) 円	50,000 円 - (B) - (C) 円	(D) 円	(D) 円
第1年度の残月数	月	第1年度の残金額	円