

第1号様式 (第6条関係)

千歳市不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

千歳市長 様

関係書類を添えて、次のとおり (特定・一般) 不妊治療費の助成を申請します。

	氏名 (ふりがな)	生 年 月 日												
夫	()	S・H・R	年	月	日	生	()	歳						
妻	()	S・H・R	年	月	日	生	()	歳						
住 所	〒 - 千歳市										電話			
(特定不妊治療) 北海道特定不妊治療費助成事業の助成金の交付を受けたのは何回目ですか。 ・はじめて ・通算 回目 (初回 年度) ・第何子目となりますか。 第 子 (第2子以降の場合のみ記入。こども毎の治療回数となります。)														
(一般不妊治療) 過去に、この助成金を受けたことがありますか。 ・ある 過去 回 (年度) ・なし 過去 回 (年度)														
申 請 者 氏 名	不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 (口座名義人と同一の者) (夫及び妻が記名押印)													
	_____ 印					_____ 印								
申請金額 (合計)	金 _____ 円 (体外受精・顕微授精・人工授精)													
	(うち男性不妊治療分) 金 _____ 円													
振 込 先	金融機関名			支 店 名			口座番号 (普通・当座・その他)							
												左詰 記入		
	ふりがな													
	口座名義人													
* 決 定 欄	決 裁	課 長		係 長		係		決定 年月日	令和	年	月 日			
	1 上記の申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：													
	支給金額 _____ 円													