

北広島市特定不妊治療助成事業交付申請書

年 月 日

北広島市長 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

電話番号

北広島市特定不妊治療助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療助成金の交付を申請します。

	氏名 (ふりがな)	生年月日
夫	㊞	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)
妻	㊞	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)

《同意事項》 私たち（上記の夫及び妻）は特定不妊治療助成金の交付を申請するにあたり、北広島市が助成金の交付を決定するために、住民登録情報、市税の納付状況、その他決定に必要な各種資料について、調査・照会・閲覧すること、また、必要に応じて、北海道及び他の市町村に対し、この申請に関する情報の照会、又は提供を行うことに同意します。

配偶者住所 (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)

過去に北広島市又は他の市町村で特定不妊治療に対する助成金を受けたことがありますか。

・ない ・ある (過去 回) ⇒助成を受けた市町村名 ( )

振込先金融機関の名称及び口座番号等

金融機関名		口座番号						口座名義 (ふりがな)
銀行	本店	普通						
金庫	支店	当座						
農協	出張所							

道事業で認定した助成対象経費 (A)	北海道特定不妊治療費助成額 (B)	自己負担額 (A) - (B)	助成金交付申請額 (上限5万円)
円	円	円	円

市記入欄 (各種チェック等)

道補助 該当	有 ・ 無	他市支 給有無	無 ・ 有 ( )	住民登 録状況	有 ・ 無 ( )	市税滞 納状況	無 ・ 有 ( )	納税担 当確認
-----------	-------------	------------	-----------------	------------	-----------------	------------	-----------------	------------

* 決 定 欄	決 裁	課 長	主 査	ス タ ッフ	決定年月日	令和 年 月 日
	1 上記の申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申請を却下する。 理由:					
	交付決定額 円					