

不育症治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

釧路市長 あて

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

釧路市不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり不育症治療費助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
妻		昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
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〕	
申請額	道等事業で認定した助成対象経費 (A) 金 _____ 円 道等事業による助成決定額 (B) 金 _____ 円 (A)-(B)の額 (交付申請額) 金 _____ 円 ※上限50,000円。 50,000円に満たない場合は、その額が交付申請額となります。	
過去に釧路市又は他の市町村で不育症治療費に関する助成金をうけたことがありますか ・ない ・ある (過去 回受けたことがある) ⇒ 助成を受けた市町村名 ( )		
<b>同 意 書</b>		
私たちは、不育症治療費助成金の交付を申請するにあたり、釧路市が助成の適否を決定するために住民基本台帳の確認を行うことを承諾します。また必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に係る情報を照会し、又は提供することについて同意します。		
夫氏名 _____		妻氏名 _____
(自署)		

[添付書類] \*北海道不育症治療費助成事業の助成決定指令文の写し  
\*北海道知事に申請する際に添付した不育症治療費助成事業受診等証明書の写し

----- (以下は記入しないでください) -----

市 記 入 欄	収 受 印	申請者の状況等の確認
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 ( 回目・初回申請：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 北海道知事の助成決定 <input type="checkbox"/> 他市町村の助成 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>助成決定 <input type="checkbox"/>助成不可</div>