

岩見沢市先進不妊治療費等助成事業申請書

岩見沢市長 様

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、下記のと通りの助成を申請します。

フリガナ 氏名	夫	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 岩見沢市 電話 ()			
住所※ (夫・妻)	※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒			
申請状況	過去にこの助成金を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→過去 (_____ 回、助成を受けた自治体名 _____)			
申請額	※金額の内訳は別紙に記入してください 治療費： 金 _____ 円 交通費： 金 _____ 円 合計： 金 _____ 円			
振込先	金融機関	銀行・信金・農協	支店名	
	口座番号	普通 当座	口座名義 ※申請者と同一	フリガナ
先進不妊治療費等助成事業申請にあたり、岩見沢市が住民基本台帳情報及び市税等の納税状況を確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。				
署名 (夫)		署名 (妻)		

【添付書類】

- ・ 岩見沢市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書
- ・ 領収書及び明細書
- ・ 振込先の通帳の写し
- ・ 戸籍謄本 (夫婦のいずれかが市外に住民登録している方のみ)
- ・ 事実婚関係に関する申立書 (事実婚関係にある方のみ)