

新篠津村不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

新篠津村長 様

申請者 住所  
氏名

新篠津村不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療	
	夫		妻	
フリガナ 氏名				
生年月日	年 月 日生( 歳)		年 月 日生( 歳)	
住所	〒		※夫と同じ場合は省略できます。	
	電話番号		〒 電話番号	

過去に新篠津村又は他の市町村で不妊治療費に係る助成を受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。  
助成を受けた市区町村名( 助成を受けた時期 年 月

	一般不妊治療	特定不妊治療	
		男性不妊治療分除く	男性不妊治療分
治療に要した自己負担額	円	円	円
付加給付額	円	円	円
(高額療養費制度による支給額等)	円	円	円
助成対象不妊治療費	円	円	円
交付申請額	円	円	円

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店・支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人 ※申請者と同一の方			

○ 振込口座に係る預金通帳の写し(金融機関名、口座名義人及び口座番号の分かるもの)を添付願います。  
ただし、2回目以降の申請であって、振込口座に変更がない場合は、添付を省略できます。

《同意及び誓約》  
 私たちは、新篠津村不育症治療費助成事業の申請にあたり、新篠津村が助成金の交付を決定するために、住民基本台帳、村税の納付状況、その他決定に必要な各種資料について確認することを同意します。  
 また、必要に応じて北海道ならびに他の市区町村に対し、この申請に関する情報を照会、または提供を行うことに同意します。  
 また、他の市区町村で、この申請に係る特定不妊治療に係る助成を受けていないことを誓約します。  
 (夫) 氏名 \_\_\_\_\_ (妻) 氏名 \_\_\_\_\_  
 ※ご夫婦両方の記名押印が必要です。それぞれの印鑑をご使用ください。  
 ※上記同意ができない場合には、住民票、村税の納税証明書及び道助成関係資料の提出が必要となります。