

別記第1号様式（第4条関係）

石狩市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住所

氏名

石狩市特定不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻
(フリガナ) 氏 名		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 <small>※夫と同じ場合は省略できます。</small>

本助成金の申請回数 ⇒ 第____子 につき _____回目

申請額	区 分	男性不妊治療を除く 特定不妊治療	男性不妊治療	証明発行手数料	合 計
	助成対象経費 (自己負担額)	円	円	円	円
	助成額 ※記載不要	円	円	円	円

振 込 口 座	() 前回申請と同じ口座を使用する。 ※希望する場合はカッコ内に○を書いてください。			
	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	印		

振込口座の預金通帳の写し（金融機関名、口座名義人及び口座番号の分かるもの）を添付してください。

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、石狩市特定不妊治療費助成金の交付申請に当たり、石狩市が助成金の交付の可否を審査するために必要な範囲内で、住民基本台帳、市税の納付状況等を確認するほか、必要に応じて他の市区町村にこの申請に関する情報を照会し、及び関係書類等の提供を受けることに同意します。

また、他の市区町村で今回申請する特定不妊治療費の助成を受けていないことを誓約します。

(夫) 氏名 _____ 印 (妻) 氏名 _____ 印

※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。

※上記について同意できない場合は、住民票、市税の納税証明書等の提出が必要となります。