

別記第1号様式（第4条関係）

石狩市不育症治療費等助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)石狩市長

申請者 住所

氏名

印

石狩市不育症治療費等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 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)		
住所	〒 電話番号	※夫と同じ場合は省略できます。 〒 電話番号		
今回の申請に係る不育症治療等について、他の市町村の助成を受けている、又は受ける見込がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いる(ある)⇒その市町村名称( )				
申請額	助成対象経費(A)	北海道不育症治療費助成額(B)	自己負担額(C) (A)-(B)	申請額(C) (上限額5万円)
	不育症治療費等 円	円	円	円

○ 申請額欄の(A)及び(B)には、北海道不育症治療費助成事業の決定指令文に記載されている「助成対象経費」及び「助成金の額」をそれぞれ記入してください。

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、石狩市不育症治療費等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し、必要に応じて他の市町村にこの申請に関する情報を照会し、及び提供を受けることに同意するとともに、北海道から北海道不育症治療費助成事業に係る申請書及び決定指令文の写し並びに受診等証明書の写し(以下「道助成関係資料」という。)の提供を受けることに同意します。また、他の市町村で、この申請に係る不育症治療費等に係る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。

※上記同意ができない場合には、住民票、市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。