

上川町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

上川町長

様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

対象者	(ふりがな) 夫の氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
			保険の種類	国保・組合国保・健保・共済・他
	(ふりがな) 妻の氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
			保険の種類	国保・組合国保・健保・共済・他
治療の対象となる子		第1子 ・ 第2子 ・ 第3子以降		
助成 申請額	一般不妊治療分	金 _____ 円	北海道に よる助成 の有無	有・無 助成金額 (_____ 円)
	特定不妊治療分	金 _____ 円		
	男性不妊治療分	金 _____ 円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店		預金種別
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	()	
同意書				
私たちは、上川町不妊治療費助成事業の交付要件確認のため、上川町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧・調査することに同意します。 年 月 日				
氏名 夫		印	氏名 妻	
		印		

※上川町記入欄

申請受理年月日	
申請内容	特定不妊治療 ・ 一般不妊治療
助成履歴	<input type="checkbox"/> 一般 既交付額 (_____) 円
	<input type="checkbox"/> 特定 通算回数 (_____) 回目 道助成事業適用通算回数 (_____) 回
助成の可否	承認 ・ 不承認 (理由 _____)