

池田町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

池田町長

様

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

池田町特定不妊治療費助成要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

- ・町が個人情報（住民情報、町税等の納入状況）の内容を確認すること、必要に応じて他の市区町村へ助成の状況を確認することについて同意します。
- ・本申請に係る治療に対し、他の市区町村からの助成を受けていません。

記

診療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日
夫		年 月 日生（ 歳）
妻		年 月 日生（ 歳）

交付申請額	男性不妊治療分除く _____ 円 男性不妊治療分 _____ 円 合 計 _____ 円	
過去の助成歴	特定不妊治療費の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> 受けたことはない <input type="checkbox"/> 受けたことがある：（助成を申請した年月／受けた市町村）を記載してください。 （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ） （ 年 月／ ）	
振込先	金 融 機 関 名	預 金 種 別
	銀行 本店 金庫 支店 農協 本所・支所	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
	口 座 番 号	(ふりがな) 口 座 名 義 人
添付書類	①北海道特定不妊治療費助成事業申請書（写）及び添付書類（写） ②北海道特定不妊治療費助成事業の支給決定に係る通知（写） ③その他（ ）	
備 考		