

様式第1号（第6条関係）

置戸町不妊治療費助成申請書

年 月 日

置戸町長

様

申請者 住所

氏名

印

置戸町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、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
妻	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所	〒	電話	
(注1) 住所	〒	電話	
過去に置戸町又は他の市町村等でこの助成金を受けたことがありますか ・ない ・ある⇒助成を受けた事業名 () 北海道による助成金の申請はありますか ・ない ・ある (助成金額 円)			
申請額		円	
振込先	金融機関名	支店名	
	口座番号	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 ()

(注1) 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

同意書

私たちは、本申請の審査において、置戸町長が住民基本台帳及び町税等の
収納状況を閲覧、他市町村への情報照会し、又は提供することについて同意
します。

氏名 夫

印

妻

印

(添付書類)

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 治療に係る領収書
- 3 夫妻の所得額を証明する書類
- 4 北海道特定不妊治療費助成事業実施要綱の助成決定通知書の写し
(該当する者)
- 5 その他町長が必要と認める書類