

様式第1号（第6条関係）

帯広市不育症治療費助成申請書

年 月 日

帯広市長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。
なお、この申請に係る住民基本台帳等の閲覧、必要に応じ、北海道又は他市町村への照会について承諾します。

	(フリガナ) 氏 名	生年月日	
夫	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話 番号	
住所 注1	〒		
過去に、この助成金を受けたことがありますか？			
・ない ・ある → () 回			
北海道の 助成金の額 注2	円		

注1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

注2 添付書類「北海道不育症治療費助成事業」の助成決定指令書の助成金の額を記入してください。