

## 帯広市生殖補助医療費助成申請書

年 月 日

帯広市長 米沢 則寿 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて、次のとおり生殖補助医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、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	( )	年 月 日 ( 歳)	
妻	( )	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒		
住所 注1	〒	電話番号	
過去に、生殖補助医療費（特定不妊治療費）助成金を受けたことがありますか？ ・ない ・ある → 帯広市 ( ) 回 他市町村 ( _____ 市 町 村 , ) 回			
※今回の治療が第2子以降の生殖補助医療である場合のみ記載願います。 治療対象の子どもごとの助成回数になりますので、以前に生殖補助医療（特定不妊治療含む） (A～C)の対象となった子どもの氏名と生年月日を記載してください。 氏名 ( ) 生年月日 ( 年 月 日)			

注1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。