

様式第1号（第7条関係）

帯広市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

帯広市長 様

申請者氏名 _____ 印

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊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	()	年 月 日	(歳)
妻	()	年 月 日	(歳)
住所	〒	電話 番号	
住所 注1	〒		
過去に、帯広市からこの助成金を受けたことがありますか？ ・ない ・ある → () 回			
※今回の治療が第2子以降の特定不妊治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、以前に特定不妊治療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)			
北海道の 助成金の額 注2	円	(男性不妊治療分除く (男性不妊治療分	円) 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「北海道特定不妊治療費助成事業」の助成決定指令書の助成金の額を記入してください。