

様式第1号（第5条関係）

士別市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

士別市長 様

申請者氏名（自署）

（振込先口座名義と同一の者）

特定不妊治療費の助成につき、次のとおり関係書類を添付のうえ申請します。

夫氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所※1		電話	
住所※2 （夫・妻）		電話	
過去にこの助成金を受けたことがありますか ・ない ・ある→過去（ 回）受けたことがある。			
治療方法（該当するものに○をつける）			申請額
A	B	C D E F	円
同 意 書			
私たちは、士別市特定不妊治療費助成金の交付要件を確認するために、士別市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します。			
年 月 日			
氏 名 夫 _____		妻 _____	

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

《添付書類》

- ・士別市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
- ・法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認ができる場合は不要）