



年 月 日

北上市長 様

申請者

住 所

氏 名

電 話

㊟

北上市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交 付 申 請 額	円		指定医療機関で証明した特定不妊治療に要した費用から県助成金を控除した額と15万円を比較して少ない方の額	
申 請 者	(ふりがな)		生年月日	S・H 年 月 日生
	氏 名			(歳)
配 偶 者	(ふりがな)		生年月日	S・H 年 月 日生
	氏 名			(歳)
住 所 (申請者と配偶者の住所が異なる場合に配偶者の住所を記入)		〒 ー		
治 療 した 指 定 医 療 機 関	医 療 機 関 名			
	所 在 地	〒 ー 電話番号 ()		
助 成 金 の 振 込 先	口座名義人 (申請者と 同じ)	(フリガナ)		
	振 込 先	金融機関名	支店名	口座〔普通(総合)・当座〕番号

備考 この申請書は、助成金の交付決定をした後に助成金交付請求書として取扱い、上記の振込先に助成金を交付します。

岩手銀行・ゆうちょ銀行・JA花巻の全店、他の金融機関の北上市内の本・支店の通帳をお持ちの方はできるだけそちらへの振り込みにご協力お願いします。

お持ちでない場合はその限りではありません。

添付書類

- (1) 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- (2) 岩手県不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金交付決定通知書の写し
- (3) 岩手県が指定する医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書・明細書の写し
- (4) 北上市特定不妊治療費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書