

様式第1号（第5条関係）

北本市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）北本市長

住所
申請者 氏名

次のとおり、標記助成金の交付を申請します。

現住所	〒 北本市		
電話番号	自宅	—	携帯（ ） —
夫	ふりがな		生年月日 年 月 日（歳）
	氏名		
妻	ふりがな		生年月日 年 月 日（歳）
	氏名		
不妊治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請額	円		
振込先	金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店（支所） 出張所
	種類	普通当座	口座番号
	名義人	(フリガナ)	

助成要件を確認するため、市が保有する住民基本台帳等の公簿及び市税等の収納状況等を確認すること並びにこれらの事項又は治療内容について他の地方公共団体又は指定医療機関等に照会することに同意します。

夫 _____ 妻 _____

(自署)

※太枠内を記入してください。

事務局記入欄

受理年月日	年 月 日			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 市税 <input type="checkbox"/> 県初回 <input type="checkbox"/> 妻年齢			
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円	年 月 日