

奥州市長 宛

申請者

奥州市一般不妊治療（人工授精）費助成金交付申請書

一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
 なお、交付決定のために奥州市が住民基本台帳情報を確認することに同意します。

ふりがな			
氏名	夫	妻	
生年月日	年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）
住所	〒 - 奥州市		電話番号
夫妻が別居の場合の住所	〒 - ( 夫 ・ 妻 )		電話番号
交付申請回数	初めて ・ 回目		2回目以降の場合、※欄は市担当課で確認のうえ記入してください。
助成期間	年 月から12か月 (一般不妊治療（人工授精）受診等証明書から治療開始月を転記)		
交付申請額	① 助成対象治療費	円	
	② 助成済額	円※	助成期間中に既に助成を受けた金額(他自治体での助成も含む)
	③ 助成限度額	円※	100,000円-②
	④ 交付申請額	円	①と③で少ない方
助成金の振込先	金融機関名	支店名	種別
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通
	口座名義人(カナ)		口座番号
			※申請者と同じであること