

様式第1号（第6条関係）

奥州市特定不妊治療等費用助成金交付申請書

年 月 日

奥州市長 宛

申請者

特定不妊治療等費用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	〒 ー 奥州市		
	電話番号		
夫妻が別居の場合の住所	〒 ー		
	(夫・妻)		電話番号
交付申請回数	初めて ・ 回目 (※)		
交付申請額	助成対象治療に係る 本人負担額	交付申請額	
特定不妊治療	円	円	※上限5万円
男性不妊治療	円	円	※上限5万円
合計	円	円	
助成金の振込先 (申請者名義口座)	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)		※申請者と同じであること
口座番号			

※助成する回数は、初めて助成を受ける助成対象期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは1子につき6回、40歳以上であるときは1子につき3回までとする。