

様式第1号（第5条関係）

奥州市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

奥州市長 宛

申請者

印

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		
交付申請額	治療に要した額(1)	県の助成金(2)	
特定不妊治療	円	円	
男性不妊治療	円	円	
合計	円	円	
助成金の振込先 (申請者名義口座)	銀行 金庫 農協	本店 支店	口座種別 〔 普通 ・ 当座 〕
	口座 番号	口座名義 (カナ)	