

奥州市一般不妊治療（人工授精）費助成金交付申請書

年 月 日

奥州市長 宛

申請者

㊞

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及び所得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		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。	
申請にかかる治療期間	年 月 日から 年 月 日まで (一般不妊治療（人工授精）受診等証明書から転記)		助成金の振込先 (申請者名義口座)	
助成期間	※ 年 月から 12 箇月			
(1) 治療費総額	円		銀行 金庫 農協	
(2) 他市町村等助成対象額	円	(1)のうち奥州市以外の地方公共団体で助成の対象となった額	本店 支店	
(3) 差引＝ (1)－(2)	円		口座種別	普通・当座
(4) 助成金の計算	円	(3)×0.7 (円未満端数切捨て)	口座番号 (右づめ)	
(5) 助成済額	※ 円	助成期間中において既に助成を受けた金額		
(6) 助成限度額	円	100,000 円－(5)	口座名義 (カナ)	
(7) 交付申請額	円	交付申請額 (4)と(6)のうち少ないほう		