

年 月 日

旭川市不育症治療費補助金申請書

(宛先) 旭川市長

申請者氏名

印

配偶者氏名

印

(振込先口座名義と同一の者)

※申請者及び配偶者が記名押印

不育症治療費に係る補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請金額【検査】 金 \_\_\_\_\_ 円

申請金額【治療】 金 \_\_\_\_\_ 円

申請金額【合計】 金 \_\_\_\_\_ 円

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____ 電話 _____	
※1	〒 _____ 電話 _____	
過去にこの助成金を受けたことはありますか? ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。 助成金を受けた自治体は ( 旭川市 ・ _____ 都道府県 _____ 市)		
不育症治療費補助金の交付状況について旭川市が他の自治体へ照会すること、不育症治療の実施に関して医療機関及び調剤薬局などに照会すること、旭川市不育症治療費補助金の交付状況について照会のあったときこれに回答することについて同意します。		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	(ふりがな) 口座名義人	( ) 口座番号
	預金種別	普通・当座

※1は、夫と妻の住所が異なる場合に記入してください。

令和4年度版

※市記載欄

領収書 ( )	明細書 ( )	印鑑 ( )	戸籍 ( )	住民票 ( )	所得 ( )	請求書 ( )
通算 ( )	回目	照会 ( )				