

稚内市特定不妊治療費助成申請書（請求書）

年 月 日								
稚内市長 様								
申請者（請求者） 住 所 氏 名 電話番号								
⑩								
特定不妊治療費の助成を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。								
氏名等	夫	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日					
		()	S・H 年 月 日					
	妻	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日					
		()	S・H 年 月 日					
添付書類	(1) 特定不妊治療受診等証明書 (2) 指定医療機関等が発行した領収書 (3) 世帯全員の住民票 (4) その他 ()							
過去の助成 受給の有無	受けたことがある(回) ・ 受けたことがない							
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
治療費用	円							
治療医療 機 関 名								
請 求 額	円							
振 込 先 指 定 金 融 機 関	銀行 本・支店	種別	口座番号（右づめ）					
	金庫 本・支店	普通						
	組合 支所	当座						
	ゆうちょ 銀 行	記 号 (左づめで記入)	番 号 (右づめで記入)					
	1	0 - ※						

※記号に6桁目がある場合は※欄にご記入下さい。 ※記号の1桁目「1」と5桁目「0」は記入済です。