

別記様式第1号（第6条関係）

## 上富良野町先進不妊治療費等助成申請書（ 回目）

年 月 日

上富良野町長 様

申請者 住所 上富良野町

氏名（署名） \_\_\_\_\_

次のとおり助成を受けたいので、上富良野町先進不妊治療費等助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名	夫	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
	妻	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 上富良野町			
住所※ 夫・妻	※夫婦の住所が異なる場合に記入し、住民票を添付してください。 〒			
助成申請額	治療費：	円	交通費：	円
振込先口座	金融機関		支店名	
	口座番号		口座名義	(カナ)
先進不妊治療費等助成申請にあたり、上富良野町が住民基本台帳情報を確認すること、上富良野町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置等に関する条例第7条に基づき納税状況を確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。				
署名（夫）		署名（妻）		

※ここから下は記入しないでください。

町 使 用 欄	受付印	確認事項 申請回数 新規・継続（ 回目／初回申請日 年 月 日） 住民登録 夫：町内・町外 妻：町内・町外 婚姻 法律婚・事実婚 医療保険 夫：国保・協会けんぽ・共済 妻：国保・協会けんぽ・共済 他市町村での助成 なし・あり（ ）
	町民生活課 町税吏員確認	確認日 年 月 日 職氏名