

様式第 1 号 (第 4 条関係)

令和 2 年度十和田市特定不妊治療費助成事業費補助金交付申請書

令和 年 月 日

十和田市長 宛

(申請者)  
郵便番号  
住 所

氏 名 印  
電話番号

令和 2 年度十和田市特定不妊治療費助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり特定不妊治療費用の助成を申請します。

ふりがな 氏 名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )
夫婦の住所が異なる場合 (夫・妻)	〒 電話番号			
青森県特定不妊治療費助成事業について	交付決定 年月日	年 月 日	助成額	円

(添付資料)

- 1 . 青森県特定不妊治療費助成事業費補助金交付決定・確定通知書の写し
- 2 . 申請者及びその配偶者の住民票の抄本 (当該住民票の抄本の情報の利用について同意がある場合は、不要)
- 3 . 債権者登録申請書 (以前に当該事業による助成を受けたことがある場合は不要)

(市記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
算定額	費用 ( A )		円
	県助成額 ( B )		円
	助成金対象額 ( A ) - ( B )		円
	助成金額		円
審査	定住日	夫： 年 月 日 ( 適 ・ 不適 )	
		妻： 年 月 日 ( 適 ・ 不適 )	

十和田市長 様

個人情報の利用又は調査に関する同意書

私は、次の個人情報を利用又は調査することに同意します。

番号	個人情報の利用又は提供事項	同意欄
1	補助金の交付の可否を決定するため、申請者及びその配偶者の住民票の抄本に関する情報を利用すること。	
2	補助金の額を算定するため、青森県特定不妊治療費助成事業実施要綱による助成状況等に関して、当該事業担当課に対して調査すること	

※同意する場合は、同意欄に押印をお願いします。

※番号 1 に同意がない場合は、申請者及びその配偶者の住民票の抄本の添付が必要となります。

※番号 2 に同意がない場合は、補助金の額が算定できないため、特定不妊治療費用の助成を受けることができません。

年 月 日

住所

氏名

印