様式第４号

# 札幌市特定不妊治療費助成事業助成金請求書

（あて先）札　幌　市　長

下記のとおり請求します。

【病院の受診等証明書の治療法がA・B・D・Eの方】
要した費用が￥150,000 以上の場合は￥150,000、¥150,000 に満たない場合は要した費用の金額を記入します。（初回申請の場合は￥300,000が上限となります。）
【病院の受診等証明書の治療法がC又はFの方】
要した費用が￥75,000以上の場合は￥75,000、¥75,000に満たない場合は要した費用の金額を記入します。
※ご不明な点がございましたら、センターまでお問い合わせ下さい。

記

| 名　　称 | 金　　額 |
|---|---|
| 札幌市特定不妊治療費助成事業助成金 | ￥〇〇〇,〇〇〇 |

| 請求年月日 | ＊札幌市記入欄 |
|---|---|

請求者の電話番号を記入します。

| 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 郵便番号　000-0000<br>住　　所　札幌市中央区北１条西２丁目 1-1-101 号<br><br>（ふりがな）<br>氏　　名　さっぽろ　はなこ<br>札幌　花子 | 請 求 印<br>印 |

申請者（振込先口座の名義人）のお名前です。

申請書と同一印を押します。
印影がはっきりとわかるように押します。

〇〇年〇〇月〇〇日付けで申請した特定不妊治療費の助成について、下記の口座に振り込んでください。

申請書の申請日を記入します。

| 振込先金融機関 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名称 | | | 本・支店名 | | | | | | |
| 銀　行<br>金　庫<br>農　協 | | | 本　店<br>支　店<br>出張所 | | | | | | |
| 預金種目 | 1　普通　　2　当座 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

印

預金通帳の通りに記入します。

店舗コード（3桁）は記入しません。

| ＊札幌市記入欄 | 受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|