

様式第 1 号(第 6 条関係)

浅口市不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金支給申請書

年 月 日

浅口市長 殿

下記のとおり特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、浅口市が住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認を行うこと並びに浅口市以外の自治体へ申請の有無について照会することに同意します。

記

申請者	ふりがな 氏名	Ⓣ	生年月日	年 月 日
	住所	〒	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒	電話番号	
過去に浅口市でこの助成金を受けたことがありますか		ない・ある→過去( )回受けた		
医療機関	住所			
	名称			
申請金額	金 額 円			
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合 店 出張所		
	口座番号	普通 当座		
	ふりがな 口座名義人			

添付書類・不妊に悩む方への特定治療支援事業受診証明書

- ・夫婦であること及び夫婦のいずれか一方が本市に 1 年以上住所を有することを証明する書類
- ・都道府県、政令指定都市及び中核市が実施する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の支給決定通知書

※市記入欄	受領年月日	年 月 日	
	決定年月日	年 月 日	承認 非承認( )