

特定不妊治療支援事業助成申請書

年 月 日

さぬき市長 殿

申請者氏名 _____

さぬき市特定不妊治療支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな					
夫氏名	年 月 日生（ 歳）				
ふりがな					
妻氏名	年 月 日生（ 歳）				
住所	〒 香川県さぬき市 電話番号（ ）				
住所 ※	〒 電話番号（ ）				
助成申請額	金 _____ 円				
過去に自治体から受けた特定不妊治療の助成の有無 (さぬき市支援事業に基づく助成を含む。)	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある（受けた回数 _____ 回）。 受けたことがある場合は、自治体名、助成金額、助成時期を記入してください。				
	自治体名				
	助成金額	円	円	円	円
	助成時期	年 月	年 月	年 月	年 月
この申請書以外に現在、特定不妊治療費の助成を申請中の場合は、その内容を記入してください。					
同意書 さぬき市特定不妊治療支援事業の可否決定の判断に必要な場合、住民基本台帳、税等関係情報を確認すること及び他の自治体へ照会等を行うことに同意します。 夫氏名（自署） _____ 妻氏名（自署） _____					

※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

添付書類

- 1 県要綱第7条に規定する特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 県要綱第8条の規定により通知された特定不妊治療費助成決定通知書の写し
- 3 特定不妊治療に要した費用を確認できる書類の写し（医療機関発行の領収書等）
- 4 その他市長が必要と認める書類