

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

伊佐市長 様

申請者 住所
氏名 印

伊佐市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

ふりがな	夫		妻	
氏名				
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
過去の助成実績	○本市で助成を受けた回数 (回) ○他の市町村で過去に助成を受けた回数 (回)			
給付を受けようとする助成金の額		円		

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	本申請の審査において、夫婦の住所、家族構成及び所得額並びに市税、国民健康保険税、市営住宅の住宅使用料及び保育所の保育料の収納状況を閲覧することに同意します。
	氏名 夫 印 妻 印

(添付書類)

- 1 特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - (1) 夫及び妻の戸籍謄本（夫婦別世帯のとき）
- 3 県の不妊治療費助成事業承認決定通知書がある方は、その写し及び治療に要した領収書の写し（1・2は不要）

(市役所記載欄)

申請受理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			