

御前崎市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 住所
氏名
電話 ()

特定不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
妻	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その住所を記入	〒	電話 ()
指定医療機関名		
他の地方公共団体による補助の有無	無・有 (補助制度の名称:)	
過去に受けた本市の助成の有無	無・有 (年度) (有の場合) 今回の治療は2人目以降の特定不妊治療ですか いいえ・はい ↓ (子の出生日 年 月 日)(子の出生日 年 月 日)	

添付書類

- 1 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書
(外国籍を有する者にあつては、公の機関が発行した婚姻の状況が確認できる書類)
- 3 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書
- 4 他の地方公共団体による補助金の額を証明する書面
- 5 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
- 6 その他市長が必要と認める書類

受給者番号		助成回数	回
-------	--	------	---