

様式第1号（第5条関係）

東かがわ市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

東かがわ市長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

関係書類を添えて、以下のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

夫	ふりがな		年 月 日生
	氏 名		() 歳
	住 所		電話 ()
妻	ふりがな		年 月 日生
	氏 名		() 歳
	住 所 <small>(夫婦の住所が異なる場合に記入)</small>		電話 ()
申請額	_____ 円	治療費の自己負担額_____円(A) 香川県からの助成額_____円(B) (A) - (B) _____円	
県への申請年月日及び回数		年 月 日 (回)	
同 意 書			
東かがわ市特定不妊治療費助成事業の交付決定のため、住民基本台帳及び納税状況を確認すること及び必要な場合に他の自治体へ照会することに同意します。			
夫氏名 _____ 印		妻氏名 _____ 印	
(夫及び妻がそれぞれ自署又は記名押印)			

振込先

金融機関名・支店名		預金種別	普通座
(ふりがな) 口座名義人		口座 番号	

※口座名義人は申請者氏名と一致すること。

添付書類

- ①香川県特定不妊治療費助成決定通知書の写し
- ②香川県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ③指定医療機関発行の領収書（写しでも可）
- ④申請者名義の通帳の写し
- ⑤その他市長が必要と認める書類