

中津川市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

中津川市長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
対 象 者	夫	( )	年 月 日 ( 歳)	
	妻	( )	年 月 日 ( 歳)	
	住 所	〒		
		電話 ( )		
	夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入	〒		
		電話 ( )		
申請者氏名(夫及び妻が署名又は記名押印) <span style="float: right;">配偶者氏名(申請者の配偶者)</span>				
印 <span style="float: right;">印</span>				
申 請 額    金                      円				
申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県又はそれ以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。また、中津川市の住民であることについて、本市で住民状況を確認することに同意します。				
特定不妊治療を受けた医療機関				
過去の助成の有無等(該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)。	過去に、岐阜県又は他の都道府県・市町村から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。)			
	・ない	・ある (ある場合、自治体名	助成時期	年 月)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

注)太枠の中をご記入ください。

<添付書類>

- 1 岐阜県特定不妊治療費助成事業に該当する者である証明
- 2 中津川市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
- 3 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書