

一宮市特定不妊治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

記入しないでください。

申請者 郵便番号 491 - 0076

夫または妻のどちらかで、
窓口に申請に来られる方を申請者と
してください。

住所 一宮市古金町1丁目3番地

氏名 一宮 花子

電話番号 0586 (52) 3851

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の補助金交付を申請します。
また、私たちは「一宮市特定不妊治療費補助事業 同意事項に関する説明書」の事項及び治療内容等に関して、一宮市が医療機関及び調剤薬局等に照会することについて同意します。

記

(補助対象者兼同意者)

夫	ふりがな	いちのみや たろう	生年	昭和 平成
	氏名	一宮 太郎	月日	58年 5月 12日生 (38歳)
妻	ふりがな	いちのみや はなこ	生年	昭和・平成
	氏名	一宮 花子	月日	60年 7月 15日生 (36歳)
本籍地	愛知 都・道・府 (県) 一宮 (市) 区・町・村			
住所	(夫と妻の住所が異なる場合のみ記入)			
申請額	(男性不妊治療費を除く)	金	記入しないで ください。	円
	(男性不妊治療分)	金		円
	(市上乗せ分)	金		円
	(合計)	金		円
過去の受給歴	【 ない ・ ある 】 ※「ある」を選択した場合、「特定不妊治療費補助金に係る過去の受給歴 申告書」も提出してください。			

注) 太枠の中をご記入ください。

注) 「生年月日」欄は、申請日時点の年齢を記入してください。

(承認・不承認) 決定年月日	記入しないでください。	受給者番号
-------------------	-------------	-------