

様式第1号（第4条関係）

本庄市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）本庄市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

本庄市不妊治療費助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、住民基本台帳の閲覧、市税に滞納がないことの確認その他確認等が必要な場合には、医療機関等に市が照会することに同意します。

記

対象者		夫	妻		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
	現住所	〒	〒		
不妊治療費 円					
本市における申請状況	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目

事実婚関係等に関する申立て（事実婚に該当する場合）

対象者2名については事実婚関係にあります。
また、治療により出生した子について認知します。

対象者氏名 (自署)	
---------------	--

*市記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

住所 医療保険各法の加入内容が分かるもの 市税完納 領収書等

不妊治療実施証明書 通帳

夫婦が別住所の場合：戸籍謄本

受付印