

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