

捨印



様式第1号(その2) (第5条関係)

市川市不妊治療費助成金支給申請書兼請求書  
(特定不妊治療用)

令和 年 月 日

市川市長

年度市川市不妊治療費助成金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ								
	氏名	⑩							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)		
	住所	〒	—	電話	(	)	市川市		
配偶者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)		
	住所	〒	—	電話	(	)			
治療内容		・該当する区分のアルファベットに○をつけてください。 A B C D E F G							
助成申請額		円							
過去の受給歴	・過去に他の地方公共団体から特定不妊治療に係る助成（都道府県、指定都市及び中核市から受けた助成を除く。）を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり（「あり」の場合は、受給歴を記入してください。） ( 年度 ) ( 年度 ) ( 年度 ) ( 年度 ) ( 年度 ) ( 年度 )								
金融機関名	銀行・組合 金庫・農協				本店・支店 出張所				
コード番号									
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

○ 添付書類省略のための同意について

私と配偶者は、市川市不妊治療費助成金支給規則第5条第2項第3号から第5号までに掲げる書類を市川市が公簿等で確認することについて

同意します

同意しません

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

---- 以下は記入しないでください。 -----

受付場所		受付者
<input type="checkbox"/>	保健センター	
<input type="checkbox"/>	南行徳保健センター	