

特定不妊治療費助成金交付申請書

四国中央市長 様

特定不妊治療に係る助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、四国中央市特定不妊治療助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生(歳)
妻	()	年 月 日生(歳)
住所(※1)	〒 電話 ()	
住所(※2)	〒 電話 ()	
申請者 氏名 _____ 氏名 _____ 申請額(男性不妊治療分を除く) 金 _____ 円 申請額(男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請額合計 金 _____ 円		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日
受給者番号		

(注)太枠の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

(添付書類) 1 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書

3 特定不妊治療費助成金請求書(様式第4号)

(治療費総額) _____ 円