

第1号様式（第6条）

不育症治療費等助成申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

不育症治療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒		
配偶者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒		
申請金額		円		

添付書類

- 1 不育症治療等医療機関証明書（別記第2号様式）
- 2 領収書の原本及び診療明細書
- 3 住民票及び市税の納税状況を確認する同意書（別記第3号様式）
- 4 千葉県不育症検査費用助成承認決定通知書の写し（該当の方のみ）