

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				
配偶者	生年月日	年　　月　　日 (　　歳)			
	住 所	〒			
配偶者	フリガナ			電話	
	氏名				
配偶者	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）