

## 不妊治療助成事業申請書

年 月 日

高知市長

様

〒（ - ）

住 所

氏 名

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療の助成を申請します。  
また、本申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

## 記

夫	フリ 氏 名		生年 月日	年 月 日（ ）歳
	住 所	〒（ - ）	電話番号	（ ）
妻	フリ 氏 名		生年 月日	年 月 日（ ）歳
	住 所	〒（ - ）	電話番号	（ ）
申請金額		金 40,000 円		
振 込 先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所		
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号 (7桁 右詰)	口座名義人 ※カナ書
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	交付決定・交付却下

※太線の中をご記入ください。

## 申請に必要な添付書類

## 【全員必須】

 不妊治療助成事業医療機関受診等証明書（様式第2号）

## 【法律婚関係で夫婦別世帯】

 戸籍謄本等（婚姻日の確認ができるもの）

## 【事実婚関係】

 不妊治療助成事業に係る事実婚関係に関する申立書（様式第3号） 両者の戸籍謄本等（重婚でないことが確認できるもの）

※戸籍謄本等は申請日からさかのぼって3か月以内に発行されたもの