

記入例

様式第1号（第5条関係）

不妊治療助成事業申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

高知市長

様

〒（ 780 — 0850 ）

修正が必要な場合は訂正印をお願いします。
消えるペン・修正液（テープ）は使用しないでください。

住所 高知市丸ノ内1丁目7番45号

氏名 保健 太郎

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	ホケン タロウ 保健 太郎	生年 月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日(●●)歳
	住 所	〒（780 - 0850） 電話番号 088 （ 855 ） 7795 高知市丸ノ内1丁目7番45号		
妻	フリ 氏 名	ホケン ハナコ 保健 花子	生年 月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日(●●)歳
	住 所	〒（ - ） 電話番号 088 （ 855 ） 7796 同上		
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。 〇〇 銀行 金庫・農協 〇〇 本		
	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

申請者名義の口座を
ご記入ください。

※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