

様式第1号（第6条関係）

（表面）

鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

鶴ヶ島市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	夫	ふりがな氏名	
		生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
		現住所	〒
		電話番号	
	妻	ふりがな氏名	
		生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
		現住所	〒
		電話番号	
申請金額		金	円
添付書類	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 不妊治療に要した費用の領収書等の写し <input type="checkbox"/> 市税の滞納がないことが確認できる書類		

(裏面)

同 意 書

鶴ヶ島市不妊治療費助成金の交付に係る審査に当たり、夫婦の住民登録状況について、市担当職員が住民基本台帳を確認すること並びに当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関に照会することに同意します。

夫氏名 \_\_\_\_\_

妻氏名 \_\_\_\_\_

誓 約 事 項

鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付要綱による助成金と同一の助成金を他の市町村から受けていないことを誓約します。

夫氏名 \_\_\_\_\_

妻氏名 \_\_\_\_\_