

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

あきる野市特定不妊治療費（先進医療）助成金の交付を受けたいので、あきる野市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、あきる野市があきる野市特定不妊治療費（先進医療）助成金の交付決定の審査をするため、特定不妊治療費（先進医療）助成金の交付状況について、他の自治体、医療機関等へ照会することに同意します。

ふりがな 申請者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
ふりがな 配偶者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
配偶者住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)			
助成金交付申請額	円		

添付書類

- (1) 東京都に提出した特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書の写し
- (2) 東京都から交付された特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書の写し
- (3) 住民票の写し

※（3）については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、私及び私の配偶者の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

年 月 日 氏名

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。