

年 月 日

大和高田市長 宛

（申請者）住所：

氏名：

印

（口座名義人と同一）

電話番号：

大和高田市一般不妊治療費等助成金（不育治療分）交付申請書

大和高田市一般不妊治療費等助成金（不育治療分）の交付について、大和高田市一般不妊治療費等助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

対 象 者	夫	ふりがな		生 年 月 日	
		氏 名		年 月 日 (歳)	
	妻	ふりがな		生 年 月 日	
		氏 名		年 月 日 (歳)	
	住所（※1） 夫妻の住所		〒		
			電話番号		
住所（※2） 夫・妻		〒			
		電話番号			
① この申請について他の地方公共団体で助成を受けていますか。 (受けていない ・ 受けている)					

上記の太枠内に御記入ください。

※1 夫婦の住所を記入 ※2 単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入

◎ 申請の際に夫と妻の印鑑及び健康保険証をお持ちください。

決定番号			
承認・却下	決定額		円