

年 月 日

特定不妊治療費 (先進医療) 助成金交付申請書

福生市長 宛て

申請者 住 所 福生市  
氏 名  
電 話

福生市特定不妊治療費 (先進医療) 助成金の交付を受けたいので、福生市特定不妊治療費 (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助成金を申請します。

なお、福生市特定不妊治療費 (先進医療) 助成金の交付決定の審査をするため、住民基本台帳と照合すること及び特定不妊治療費 (先進医療) 助成金の交付状況を他の地方公共団体、医療機関等へ照会することに同意します。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
申請者氏名			
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
配偶者等氏名			
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