

年 月 日

(宛先) 茂原市長

茂原市特定不妊治療費等助成金交付申請書

特定不妊治療費等の助成金の支給を受けたいので、茂原市特定不妊治療費等の助成に関する規則第5条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	妻	ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏 名			( 歳)
		住 所			電話 ( )
	夫	ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏 名			( 歳)
		住 所			※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 電話 ( )
助成金申請額	特定不妊治療費		円		
	男性不妊治療費		円		
	男性不妊検査費		円		
振込先	金融機関名	銀行	本・支店	普通当座	ふりがな
					口座名義人
					口座番号
同意書	<p>市職員が住所、婚姻関係の有無及び市税の納付状況について公簿等を確認すること、並びに市職員が医療機関又は健康福祉センター(保健所)等へ治療内容や助成内容等について確認することについて同意します。</p> <p>また、本事業の成果を検証するために、申請内容や治療成果について調査し、<u>個人を特定しない形で</u>、その結果を公表することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">妻氏名 _____ 夫氏名 _____</p>				