

観音寺市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者氏名 ※
※署名に代えて、記名押印することもできます。

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

(ふりがな) 氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
住所(※1)	〒 _____ 電話番号()			
夫婦の住所 が異なる場合 (※2)	〒 _____ 電話番号()			
申請額	金 _____ 円 (うち男性不妊治療費分の金額 _____ 円)			
過去の助成 の有無	令和4年4月1日以降に開始した治療のうち、観音寺市又は他の市町村(特別区を含む。)から、治療に係る助成を受けたことがありますか。(あり・なし) ありの場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入ください。			
	市区町村名	時期		金額
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
過去に助成を受けた後の 出産(12週以降の死産を含みます。)の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	出産前の助成回数を算入しない場合は、住民票(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)を添付してください。 子の氏名 _____ 出生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

※1 夫婦の住所を記入してください。
 ※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
 (住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。)